

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN DE LA SALUD**

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS  
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS  
CONSCRIPTOS DE LOS CUARTELES DÁVALOS Y  
PORTETE, FRENTE A LAS INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA”**

*Tesis previa a la obtención  
del título de Magíster en  
Investigación de la  
Salud*

**Autora: Dra. Eulalia Freire S.**

**Director: Dr. Jaime Morales SM**

**Asesor de investigación: Dr. José Ortiz S.**

**CUENCA -ECUADOR**

**2007**

**RESPONSABILIDAD:**

**El contenido del presente estudio es de absoluta responsabilidad de la autora.**

## **AGRADECIMIENTO:**

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

A la Maestría de Investigación de la Salud y a sus Directivos

Dr. Sergio Guevara P.

Dr. Oswaldo Cárdenas H.

A mi Director de Tesis Dr. Jaime Morales SM.

A mi Asesor de investigación Dr. José Ortiz S.

Al tutor de la Maestría Dr. Iván Orellana C.

A las Autoridades de la División del Ejercito Tarqui de la  
Ciudad de Cuenca

A los directivos de los Cuarteles Militares B1 Portete y Dávalos

## **DEDICATORIA**

**A todas las víctimas del SIDA, quienes teniendo una vida llena de ilusiones cayeron en desgracia.**

**A todos los jóvenes del tercer mundo, quienes tienen mayor riesgo de contraer las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.**

**A todos los que luchan día a día para evitar el avance del SIDA.**

**Eulalia**



# ÍNDICE

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>página</b>
<b>Capítulo I</b>	
1. Planteamiento del Problema .....	1
1.1. Justificación .....	3
<b>Capítulo II</b>	
2. Marco teórico .....	9
2.1 Incidencia de las ITS .....	9
2.2 Las teorías del aprendizaje.....	11
2.3 Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura.....	13
2.4 ¿Las intervenciones modifican las conductas? .....	15
2.5 Las encuestas CAPs.....	17
<b>Capítulo III</b>	
3. Hipótesis y objetivos .....	19
3.1. Hipótesis .....	19
3.2. Objetivos.....	19
<b>Capítulo IV</b> .....	20
4. Metodología .....	20
4.1 Tipo de estudio .....	20
4.2 Universo.....	20
4.3 Área de estudio .....	20
4.4 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos .....	20
4.5. Descripción del Cuestionario .....	22
4. 6. Como se procedió a recolectar los datos .....	25
4.7 De la intervención educativa.....	25
4.8. Análisis Estadístico .....	27
4.9. Normas éticas.....	27
4.10. Recursos humanos y técnicos .....	27
<b>Capítulo V</b>	
5 Resultados.....	28

5.1 Tabla base .....	28
5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa.....	29
5.2.1. Resultados antes y después de la intervención promedio de proporciones .....	29
5.3. Promedio de edad de inicio de la actividad sexual y rotación de parejas .....	31
5.4. Conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención .....	31
5.4 Escala de autoeficacia para prevenir el SIDA .....	44
<b>Capítulo VI</b>	
6 Discusión .....	56
<b>Capítulo VII</b>	
7.1 Conclusiones .....	61
7.2 Recomendaciones.....	61
<b>Capítulo VIII</b>	
Referencias bibliográficas .....	62
<b>Capítulo IX</b>	
Bibliografía consultada .....	70
<b>Capítulo X</b>	
Anexos.....	75



## **RESUMEN**

Se realizó un estudio cuasiexperimental de conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS/VIH/SIDA a los conscriptos de los Cuarteles Militares Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca. Se aplicó un cuestionario con dos instrumentos de medición: antes y 2 meses después de la intervención educativa basada en la teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura. La muestra estuvo constituida por 189 conscriptos que constituyeron el grupo intervenido y 70 conscriptos que conformaron el grupo control. Para las variables de conocimientos sobre vías de transmisión, formas de presentación y curación; las actitudes ante la presencia de estas infecciones y su prevención y las prácticas en las formas de transmisión y en la prevención se aplicó una escala con una puntuación final de buena, regular y mala. Se obtuvieron como resultados que el grado de conocimientos bueno se incrementó de un 40.7% a 79.6%, las actitudes buenas se incrementaron de un 63.3% a 71.0%. Las prácticas malas se incrementaron de un 42.2% a 42.9%; en el grupo intervenido.

En el grupo control el porcentaje de conocimientos buenos fue de 43.0% antes de la intervención y de 40.5% luego de la intervención. El porcentaje de actitudes fue de 65.2% antes de la intervención y de 65.3% luego de la intervención. El porcentaje de prácticas malas se incrementó de 48.4% a 50.0%.

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de  $14.9 \pm 1.5$  para los conscriptos del grupo intervenido y la media para los conscriptos del grupo control fue de  $14.8 \pm 1.7$  con un valor de  $p = 0.547$

Se aplicó la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, de las 27 preguntas; el nivel de autoeficacia no mejoró en el grupo intervenido en decir no a las relaciones sexuales con alguien tratado treinta días o menos, bajo el efecto del alcohol y con alguien tratado con anterioridad. Se obtuvo mayor nivel de autoeficacia en el grupo intervenido en la intención de uso del preservativo, negociación con la pareja en el uso del condón, confianza con los padres.

Se concluye que la intervención educativa diseñada elevó los conocimientos de los conscriptos y mejoró la actitud ante las ITS/VIH/SIDA y la autoeficacia.

### **PALABRAS CLAVE**

**ITS, PREVENCIÓN, CAPS, AUTOEFICACIA, VIH.**

## **ABSTRACT**

A cuasiexperimental study was carried out on the draftees from the Portete and Davalos headquarters of Cuenca city. This research includes their knowledge, attitudes and practices regarding to STI/HIV/AIDS.

A questionnaire which consists of two measurement instruments was applied; the first before the educational intervention, and the second one two months afterwards. This was based on the social-cognitive theory proposed by Albert Bandura

The sample was formed by 189 draftee in the intervened group against 70 that formed the control group.

A scale with a final punctuation was also applied, this is presented as Good, Regular and Bad. By the use of this scale, the researcher attempts to cope with the variables in the fields of knowledge about the ways of transmission, forms to be presented and their treatment, at the same time with the draftee's personal attitude towards the presence of these infections and ways of prevention, and the ways of transmission and prevention as well.

The results in the intervened group clearly shows that there is a raise in all levels. Thus; level of knowledge increases from 40.7% to 79.6%; good attitudes, from 63.3% to 71.0%, and bad practices have a slightly increase from 42.2% to 42.9%.

On the other hand, in the control group, the rate of good knowledge was 43.0% before the intervention, and it lowers to 40.5%, after this. Referring to attitudes, it has a slightly increase to 65.3% against 65.2% that had before. There is also raise in bad practices rates, from 48.4% to 50.0%.

The average age to be initiated in sexual intercourse was  $14.9 \pm 1.7$  in the control group with a value of  $p = 0.547$ .



A self-efficacy was applied to prevent AIDS. We can infer from the 27 questions, that the intervened group did not improve in the fact to say no to sexual intercourse, this implies when they are engaged with someone in an average period which consists of 30 days or less, under the effects of alcohol and with someone else engaged before.

Otherwise, it's also shown that a higher level of self-efficacy was obtained in the intervened group in the attempt to use a condom, and in negotiating with their couple for using this contraceptive. Moreover, in the fact of trusting their parents.

To conclude, it's worth to say that the designed educational intervention raised the draftee's awareness about getting knowledge on STI/HIV/AIDS, at the same time it made them have a better attitude towards self-efficacy.

Key Words

STI, AIDS, Self- efficacy

# **“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS CONSCRIPTOS DE LOS CUARTELES DÁVALOS Y PORTETE, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA”**

**CUENCA – ECUADOR**

**2007**

## **CAPÍTULO I**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La sexualidad es inherente al ser humano, por lo tanto, integra factores psicológicos, sociales y biológicos.

La cultura definida por la UNESCO como: modos de vida, tradiciones y creencias, representaciones de la salud y la enfermedad, formas de percepción de la vida y la muerte, normas y prácticas sexuales, relaciones de poder y de género, estructuras familiares, idiomas y medios de comunicación, así como artes y creatividad; son determinantes en las actitudes y los comportamientos relacionados con la posibilidad de adquirir las infecciones de transmisión sexual y la infección VIH/SIDA. La cultura, por lo tanto influye en el hecho de correr o no el riesgo de contraer estas infecciones, en el acceso al tratamiento, a los cuidados, en el establecimiento de relaciones de género y de papeles que ponen a las mujeres y a los hombres en peligro de tales infecciones, en el apoyo o la discriminación para con los que viven con el VIH/SIDA y sus familias, etc. (1)

En el sistema capitalista todo es considerado como mercancía, los valores trastocados han hecho que la prostitución avance, a tal límite de la deshumanización completa, incluyendo a los niños y niñas en el negocio criminal de la prostitución; en este mundo lleno de hipocresía, nadie quisiera, en cambio tener que padecer que su hija se vendiera en el llamado comercio sexual, pero en nuestras comunidades: los hombres mayores compran a jovencitas, a los jóvenes solteros se les obliga a ir a los prostíbulos, las mujeres, los jóvenes, los niños y niñas tienen que recurrir al comercio sexual para su supervivencia.

La aspiración a ingresar a la educación en escuelas, colegios y universidades se ha convertido en una utopía para la gran mayoría; pero como dice Simón Royo refiriéndose a los pensamientos de Rousseau y Marx: “que nadie sea tan pobre como para tener que venderse ni nadie tan opulento como para comprar a otro ser humano”, entonces para borrar las inequidades es necesario el socialismo.

Las Infecciones de transmisión sexual (ITSs, ITS, STI), anteriormente denominadas enfermedades de transmisión sexual (ETS, STD) son uno de los problemas más importantes para la salud de los jóvenes, desde el punto de vista social y económico, estas enfermedades siguen cobrándose un tributo significativo en los jóvenes y finalmente en la sociedad. La pobreza, el desempleo, la falta de información, la migración como consecuencia de la actitud pasiva de los gobiernos de los países pobres, unido esto a la corrupción, hacen que epidemias como el SIDA, la Tuberculosis y otras avancen sumiendo a las poblaciones del tercer mundo en la desesperanza.

El difícil acceso a la educación quebranta el porvenir de muchos jóvenes llevándolos a la prostitución para sobrevivir o forzándolos a migrar lejos de su país de origen y de sus familias o sumiéndolos en las drogas; predisponiéndoles a adquirir las infecciones de transmisión sexual.

El Sida y las Infecciones de transmisión sexual constituyen enfermedades más frecuentes en grupos vulnerables, ahora bien, la población militar es un grupo sumamente vulnerable a estas infecciones, debido a que, por su naturaleza los militares en combate asumen riesgos y esto les predispone a asumir riesgos posteriores innecesarios y de cualquier naturaleza fuera de batalla.

La presión de grupo por esta circunstancia es mayor, aparte de que en la formación militar y en la instrucción militar obligatoria se atribuye un gran valor a la agresividad. Además la edad de los conscriptos (18 años) por si sola es un factor que acrecienta la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA y las Infecciones de transmisión sexual.

Uno de los golpes más fuertes que puede tener una nación es que su ejército sufra bajas por la infección del VIH/SIDA; el SIDA está afectando a las Fuerzas Armadas de varios países pobres y es un problema puesto en el tapete de discusiones sobre la seguridad nacional de muchos países; al igual que es motivo de constante debate el

hecho de que si un miembro de las Fuerzas Armadas debe ser o no dado de baja si ha contraído la infección VIH; tema aún no debatido abiertamente en nuestro país.

La alternativa de prevención de las Infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA debe ser planteado con urgencia dentro de las Fuerzas Armadas de nuestro país para no caer en el problema de muchos países como Zimbabwe, que ubica la tasa de infección para las Fuerzas Armadas en tres o cuatro veces más elevada que en la población civil o como el caso de México que ya está discutiendo si se debe o no dar de baja a los militares que ya han dado positivo para el VIH.

En forma típica el joven conscripto soltero que sale del cuartel (Fuerte Militar), franco el fin de semana, lejos de su familia, tiene la motivación por presión de sus compañeros para adoptar comportamientos de riesgo. Hagamos entonces una revisión de lo que sucede a nivel mundial con las infecciones de transmisión sexual:

Cada día en el mundo, casi un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS), estas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y graves consecuencias al cabo de cierto tiempo, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y adultos. La presencia de ITS como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Nuevas investigaciones indican que se da una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras ITS. Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del VIH. A pesar de la evidencia acumulada, los esfuerzos para controlar la propagación de las ITS han perdido impulso en los últimos cinco años pues los esfuerzos se han reorientado hacia las terapias contra el VIH. (2)

Los datos sobre la magnitud de las ITS en Latinoamérica son limitados, sin embargo entre los adolescentes mexicanos, la evidencia muestra que se trata de un importante problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia debida: un estudio llevado a cabo con adolescentes escolarizados de entre 11-24 años en el estado de Morelos encontró una prevalencia de herpes simple tipo 2 (VHS 2) de 5.7% en promedio, con 9.2% en el caso de las mujeres estudiantes de secundaria, en tanto que otro estudio con adolescentes de 15-21 años en localidades urbanas pequeñas encontró una prevalencia de VHS 2 de 11% entre los sexualmente activos. (3) Por otra parte, se ha documentado una Prevalencia de 18% del virus del papiloma humano en mujeres menores de 25 años.

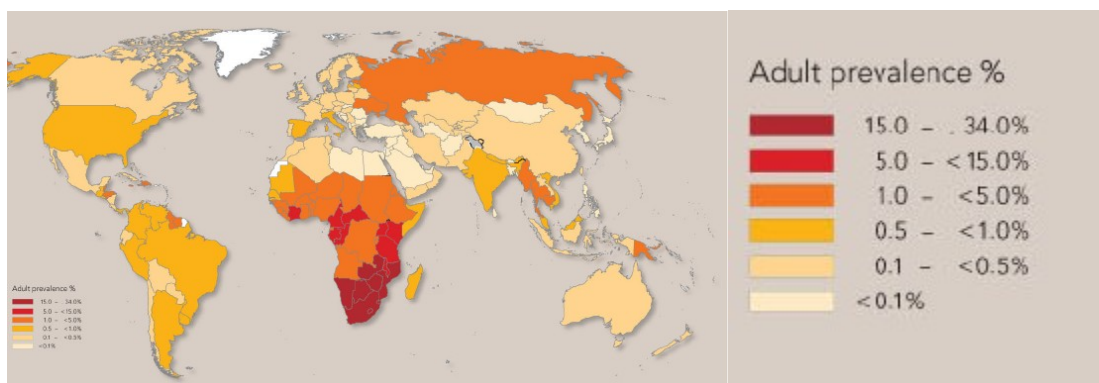
El aspecto central de estas cifras, que podrían parecer no muy elevadas en comparación con otras poblaciones, es que se refieren a un grupo con una vida sexual corta.

La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia mundial de casos nuevos de ITS curables en 1995 -gonorrea, sífilis, clamidias, monilias y trichomonas- fue de 333 millones. La prevalencia mundial de infecciones activas o latentes de ITS virales crónicas comunes como el herpes virus simple genital, virus de la hepatitis B y en forma ascendente el VIH, se podría estimar en billones de casos en virtud de que en varias poblaciones la mayoría de los adultos se infectan con uno o más de estos patógenos(4).

En el año 2006 vivían con el VIH 39 millones de personas a nivel mundial, calculándose 11.000 nuevas infecciones cada día por el virus, el 95% ocurre en el tercer mundo, y corresponde casi el 50% a mujeres y lo más lamentable es que 1500 corresponden a menores de 15 años.

La enfermedad de inmunodeficiencia adquirida se conoció en 1981, el virus causante fue aislado en 1983. En esa época afectaba a varones homosexuales, actualmente la pandemia no discrimina el sexo.

Las vías de transmisión identificadas son la vía sexual, vertical, por transfusiones y por el uso de drogas inyectables a través del uso de agujas contaminadas.



Fuente: informe Mundial del SIDA 2006

Prevalencia:

África Subsahariana de 0.5% a 24.1% (mayor Prevalencia en Botsawa)

Este de Asia de < de 0.1% a 1.1% (mayor en China, en ésta se está expandiendo la epidemia).

Oceanía: de 0.1% a 1.8% (Mayor y en expansión en Nueva Guinea).

Sur y Sureste Asiático: de <0.1% a 0.9% (Mayor en la India).

Europa Oriental y Asia Central de <0.1% a 1.3% (Mayor y en expansión en toda la región, es mayor en Latvia).

Europa del Oeste y Europa Central: de <0.1% a 0.6% (mayor en España).

África del Norte y Medio Oriente: de <0.1% a 1.6% (mayor en Sudán).

Norteamérica: en Canadá es de 0.3% y en EEUU de 0.6%

Caribe: de 0.1% (Cuba) a 3.8% (Jamaica).

Latinoamérica: de 0.1% (Bolivia) a 2.4% (Guyana). Brasil tiene una prevalencia de 0.5%, Argentina de 0.6%, Colombia de 0.6%, El Salvador de 0.9%, Guatemala de 0.9%, Panamá de 0.9%, Venezuela de 0.7%, y México, Costa Rica, Ecuador, Chile tienen una Prevalencia de 0.3% Según el informe de ONUSIDA del año 2006.

Tomando en cuenta que las cifras de nuevas infecciones de transmisión sexual se incrementan cada año en el tercer mundo y que afectan cada vez con mayor fuerza a los adolescentes es urgente impulsar intervenciones educativas que sean efectivas no solo en el incremento de conocimientos sobre las mismas sino que tengan impacto en el cambio de comportamientos, a fin de que los adolescentes y los jóvenes adopten comportamientos seguros.

La infección VIH/SIDA, es vista actualmente como una amenaza para la seguridad humana y nacional como así lo ha considerado el consejo de seguridad de las Naciones Unidas (5), es así mismo urgente plantear propuestas educativas en prevención a las poblaciones militares debido a su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en razón de algunas de sus características socioculturales y por ser poblaciones móviles son susceptibles a adoptar conductas de riesgo en el plano sexual (6, 7, 8, 9).

Por qué deben hacerse programas de prevención de las ITS y VIH/sida:

***En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento (10).*** Las modificaciones en la incidencia, junto con la mayor mortalidad por SIDA, han provocado la nivelación de la *prevalencia* mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el VIH/SIDA). África subsahariana, es la región con la mayor incidencia del VIH y de características muy diversas.

Los datos de las últimas encuestas resaltan el impacto desproporcionado de la epidemia de SIDA en las mujeres, sobre todo en África subsahariana, en donde, en promedio, hay tres mujeres VIH-positivas por cada dos varones; entre los jóvenes, esta relación se amplía considerablemente: tres mujeres jóvenes por cada varón del mismo grupo de edad.

Entre las nuevas tendencias más destacables, ONUSIDA resalta, los descensos recientes en la prevalencia nacional del VIH1 en dos países de África subsahariana (**Kenya y Zimbabwe**), en zonas urbanas de **Burkina Faso** y también en **Haití**, en el Caribe, junto con indicios de un cambio significativo de comportamiento (como mayor utilización de preservativos, menos parejas e inicio más tardío de la actividad sexual). Igualmente la OMS señala que en la mayor parte del África meridional, la epidemia se ha estabilizado, pero a niveles muy altos. La prevención realizada desde 1990 en cuatro estados de la India, ha hecho que la prevalencia disminuya.

En **Camboya y Tailandia**, los descensos han sido uniformes y continuados en la prevalencia del VIH.

La prevalencia, en otros países: **China, Indonesia, Viet Nam y Papua Nueva Guinea**, esta en aumento, y los informes revisados en la bibliografía indican que en **Bangladesh y Pakistán existen brotes de la epidemia**. En Europa oriental y Asia central la Prevalencia mayor se encuentra en Ucrania y la Federación de Rusia, que tiene la mayor epidemia de SIDA de toda Europa. En los **Estados Unidos** y en algunos países de Europa la epidemia ha reaparecido entre varones que tienen relaciones sexuales con varones; la epidemia en varones que tienen sexo con hombres es oculta en América Latina y Asia.

Se plantea que aquel individuo que haya tenido una ITS tiene 6 veces mayores posibilidades de enfermar de SIDA (11). En países como Mongolia la reciente liberalización de la sociedad ha influido considerablemente en el comportamiento de los adolescentes. Según la encuesta sobre salud reproductiva, el 9% de los adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años han empezado a procrear. Este índice alcanza el 25% en el grupo de adolescentes con 19 años.

Los esfuerzos de prevención del VIH entre los jóvenes siguen siendo insuficientes, aunque en varios países hay indicios de cambios de comportamientos. La meta para el



2005 era que el 90% de los jóvenes estuviera bien informado sobre el SIDA, las encuestas ponen de manifiesto que menos del 50% de jóvenes lo están. Las mujeres jóvenes están menos informadas que los varones. Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2006. No se encuentra en la bibliografía datos específicos de indicadores de conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA, lo que refleja que en nuestro país no se han realizado esfuerzos en prevención bajo una línea programada como una política de Estado.

### 1.1. JUSTIFICACIÓN

Es importante la facilitación de conocimientos en ITS y VIH/SIDA a los conscriptos por:

- ✚ Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA.
- ✚ En tiempos de paz, las tasas de ITS entre las fuerzas armadas son generalmente de 2 a 5 veces mayores que las que presentan poblaciones civiles comparables.
- ✚ Diversos estudios efectuados en los Estados Unidos de América, en el Reino Unido y en Francia indican que los soldados de esos países corren un riesgo mucho más elevado de infección por el VIH que los grupos de edad y sexo equivalentes en la población civil.
- ✚ La bibliografía indica que en Zimbabwe y el Camerún las tasas de infección por el VIH entre los militares son 3 o 4 veces mayores que las de la población civil.
- ✚ A pesar de que el personal militar en general es sumamente susceptible como grupo a las ITS y a la infección por el VIH, el servicio militar es también una oportunidad única en que puede proporcionarse prevención y educación sobre las ITSs y el VIH/SIDA a *un gran “auditorio incondicional” en un entorno disciplinado y muy organizado.*
- ✚ El VIH es una amenaza no solamente para el personal militar sino también para su familia y su comunidad.
- ✚ El factor individual más importante que determina las elevadas tasas del VIH detectadas en el personal militar puede ser por que a los soldados se les destina

a lugares alejados de sus comunidades y de su familia durante periodos de tiempo variables. Esta situación hace que estén alejados de su esposa o de su pareja sexual estable y en consecuencia estimula el crecimiento de las industrias del sexo en las zonas de destino.

✚ No existen en nuestro medio, estudios de investigación en prevención de las ITS y el VIH/SIDA a los conscriptos.

Por otro lado, hay elementos sociológicos que forman parte del sistema de valores profesionales de los militares que inciden en la vulnerabilidad frente al SIDA, la estimulación de actitudes machistas, tanto al interior de la institución como en la comunidad. El desarrollo del comercio sexual, de ambos sexos, en los espacios cercanos a los centros de concentración militar es una realidad que se conoce pero no se reconoce en el discurso público. Sin embargo, la mentalidad militar se aproxima racionalmente al tema sexual, forzando una mirada tradicional de las relaciones sexuales como un medio para cumplir el rol procreador, funcional a la familia. La negativa a aceptar las situaciones de vulnerabilidad producidas por contactos sexuales al margen de la relación de pareja, puede tener un alto impacto en una institución con características endogámicas como la institución militar.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales vaginales, anales u, ocasionalmente, orales. Aunque el uso del preservativo puede reducir o evitar la transmisión de muchas de estas enfermedades, las ITS siguen siendo frecuentes y afectan cada año a 340 millones de personas en todo el mundo.

#### **2.1 La incidencia de las siguientes ITS en 1999 fue la siguiente:**

Sífilis 12 millones a nivel mundial y 3 millones en América Latina y el Caribe

La incidencia global de tricomoniasis fue de 174 millones y 18,5 en América Latina y el Caribe

La incidencia global de clamidia de 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe; de blenorragia 62 millones a nivel global y 7.5 millones en América Latina (12-13)

Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre las infecciones de transmisión sexual que incluye al VIH/SIDA. En todo el mundo, alrededor de la mitad de los adolescentes de 16 años son sexualmente activos y el ritmo de rotación de pareja alcanza su máxima intensidad entre los adolescentes y los jóvenes de poco más de 20 años.

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes sexualmente activos contrae una enfermedad de transmisión sexual cada año. Aproximadamente un 15% de las infecciones de VIH acumulativas correspondía a personas de entre 13 y 24 años de edad en 1999 y aproximadamente un 50% de los casos nuevos de infección por el VIH en ese país se produce entre los jóvenes (14).

Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se transmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA (15). El comienzo de la actividad sexual es antes de cumplir los 18 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente los con recursos mas bajos, en los que los

adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es entre los 15 años a 17 años para hombres y mujeres (16,17). En nuestro país un estudio realizado en Santo Domingo De Los Colorados, revela que el inicio de la actividad sexual es a los 13 y 14 años de edad (18), y refleja conocimientos erróneos en prevención.

Así mismo el uso del condón no es consistente en trabajadoras sexuales en el Ecuador. Un estudio realizado en México en un grupo de hombres que tienen relaciones con hombres revela poco conocimiento sobre medidas preventivas. El uso del preservativo en la primera relación sexual es mayor en el varón que en las mujeres, los varones de las áreas rurales tienden usar menos el condón.

Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 51% en el año 2000 entre los hombres y de 5% a 23% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (16,18). Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes indican que estos tienen una combinación de ansiedad e ignorancia, se preocupan del embarazo accidental, pero los varones subestiman el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En algunos países la mayoría de infecciones por el VIH se produce por inyección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso.

La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (más de 3.000 millones de personas) el 85% de los jóvenes están viviendo en los países en desarrollo y 238 millones de jóvenes sobreviven con menos de un dólar diario; 88 millones de jóvenes se encuentran desempleados. (19, 20, 21,22). Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados, el futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes, los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes.

En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la

aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comportamentales y sociales, una de las teorías que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura.

## **2.2 Las teorías del aprendizaje:**

Existen dos grandes paradigmas en la sicología del aprendizaje:

**2.2.1.** El conductismo que tiene como representantes a: Watson, Thorndike, Skinner, Pavlov, Tolman.

Thorndike describe tres leyes en el aprendizaje: Del efecto, de ejercicio y de sin lectura que se basan en el estímulo y respuesta.

Watson ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte.

Skinner: la teoría de Skinner tiene como fundamento que la conducta es guiada por refuerzos primarios y secundarios.

Tolman: acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

Pavlov: formula el reflejo condicionado

**2.2.2.** El Cognitivismo tiene a: Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky como sus máximos exponentes.

Para Piaget la capacidad cognitiva y la inteligencia se encuentran estrechamente ligadas al medio social y físico.

Ausubel: De acuerdo al aprendizaje significativo, los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando.

Vigotsky consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio

cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno.

Las teorías de Bruner tienen como punto de referencia a Vygotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vygotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría.

**2.2.3** La teoría de Albert Bandura se acerca más a la teoría cognitivista al incursionar en lo social, aunque posee algunas características de la teoría conductista.

### TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

	<b>Modelo Conductista</b>	<b>Modelo Cognitivista</b>
	<b>Watson, Skinner, Thorndike, Pavlov, Tolman</b>	<b>Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky</b>
<b>Objeto de Estudio</b>	<b>La conducta observable</b>	<b>Representaciones mentales (mapas cognitivos, estrategias)</b>
<b>Relación epistemológica</b>	<b>OBJETO</b> → <b>SUJETO</b>	<b>OBJETO</b> ← <b>SUJETO</b>
<b>Características del Sujeto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada individuo nace con la mente vacía en el cual se imprimen los datos de la realidad.</li> <li>• Es pasivo y reactivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posee estructuras previas que le permiten conocer</li> <li>• Es activo y productor.</li> </ul>
<b>Conocimiento</b>	<b>Copia de la realidad</b>	<b>El sujeto construye su propio conocimiento.</b>
<b>Protagonismo</b>	<b>Hay un protagonismo del ambiente (Objeto)</b>	<b>El Sujeto es protagonista del proceso de conocimiento</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoya en el Empirismo.</li> <li>• Anticonstructivista</li> <li>• Asociacionista</li> <li>• Todas las conductas humanas se explican en términos de asociaciones de elementos simples.</li> <li>• Ambientalista: protagonismo en el objeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoya en el Racionalismo.</li> <li>• Se tomó como modelo de análisis de la mente a la Cibernética o "metáfora del ordenador": La mente recibe, organiza y almacena información de una forma análoga a una computadora.</li> <li>• Es constructivista.</li> </ul>

#### Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura

Componentes en prevención

- (1) cognitivo
- (2) conductual
- (3) fortalecimiento de la autoeficacia, y
- (4) el apoyo social.

**2.3 Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura:** El aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influyen en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta

Los conductistas consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos, afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas.

La teoría del aprendizaje social sirve de puente entre el conductismo y la perspectiva Esta teoría se basa en superar las barreras, en observar a nuestro alrededor, observar nuestra sociedad y cambiarla.

Un cambio en alguno de estos tres componentes-conductual, físico o social, influye en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión, así las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol.

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica. (24,25,26)

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA: sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales.



### 2.3.1 El Constructo de la Autoeficacia

La autoeficacia se define como *“los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”* (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee (Valiante, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las autopercepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia.

La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de autoeficacia, más altas son esas expectativas. Al conjunto de estos atributos y a su funcionamiento activo y dinámico es a lo que esa teoría llama “*agencia humana*” (27), las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.

Segundo, la autoeficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuán perseverantes serán estas frente a los obstáculos que puedan presentársele.

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasiona un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.

La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas. La teoría de Alberto Bandura se puede poner en práctica a través del sociodrama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de los modelos de comportamientos; la autoeficacia es entonces un pensamiento autoreferente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta (28,29, 30 31,32)

#### **2.4 ¿Las intervenciones modifican las conductas?**

Los estudios considerados de mayor calidad (en evaluación e intervención), se consideran si son de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta.

Las actitudes también se modifican con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos y a veces de forma selectiva en subpoblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos comportamentales modifican mejor las actitudes que las que no los mencionan siquiera; cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones.

La intención de conducta y la autoeficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos, la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la medida pre y la postintervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.

#### **2.4.1 Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA:**

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta, (33, 34,35); lo que se facilita a través de la escala de autoeficacia.

Además las intervenciones son de mayor calidad si son dictadas por una persona con experiencia en el campo educativo de prevención, si se cuenta con material de apoyo, si la intervención es interactiva y si la permanencia en el aula es superior a 30 minutos.

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y SIDA en una escuela nocturna de Sao Paulo. A través de la construcción y actuación colectiva de “escenas sexuales”, que eran historias reales sobre relaciones sexuales aportadas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es un elemento clave en la imposibilidad de negociar prácticas de sexo seguro. Asimismo, en las condiciones materiales que estructuran las oportunidades de tener relaciones sexuales, como son los encuentros apresurados y clandestinos en lugares públicos y el costo de cada condón (aproximadamente un dólar), el SIDA fue mencionado como uno más de los riesgos que los jóvenes corren cotidianamente. Por otro lado, la descripción que los jóvenes hicieron de los servicios de salud fue sumamente negativa, de modo que no acudían a ellos por temor al estigma, el maltrato y la burla. La evaluación de la “escena sexual”

arroja datos positivos como un método que fomenta la conciencia entre algunos grupos sociales, y como medio para que enfrenten y cuestionen las barreras personales y estructurales con las que chocan cuando deciden tener prácticas de sexo seguro.

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto. Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina. En todo caso, insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más abarcativas que el solo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda et al afirman que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico.

**2.5 Las encuestas CAPs (Conocimientos, actitudes y prácticas) por si solas permiten:**

- Establecer un sistema de alerta temprana que advierte los peligros emergentes o cambios en los comportamientos de riesgo.
- Revelar las lagunas en la información y los conocimientos acerca de las ITS y VIH/SIDA que pueden ser cubiertas con intervenciones.
- Identificar segmentos de la población que por su conducta se encuentran especialmente expuestos a contraer las ITS y la infección por el VIH.
- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.

## **CAPÍTULO III**

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

Los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo pueden modificarse con una intervención educativa diseñada para el efecto.

#### **3.2. OBJETIVOS**

##### **3.2.1. Objetivo General:**

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los conscriptos de los Cuarteles Militares Portete (Calderón) y Dávalos de la ciudad de Cuenca sobre ITSs y VIH/SIDA.

##### **3.2.2. Objetivos específicos**

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los conscriptos del Cuartel Militar BI Portete (Calderón) de la ciudad de Cuenca sobre ITS/VIH/SIDA, y autoeficacia en prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa basada en la Teoría cognoscitivo social de Albert Bandura, para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los conscriptos del Cuartel militar BI Portete (Calderón) de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH/SIDA.
- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los conscriptos del Fuerte militar Dávalos de la ciudad de Cuenca sobre ITS/VIH/SIDA y autoeficacia, antes y después de la intervención educativa.
- Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS/VIH/SIDA y autoeficacia en prevención del SIDA, que tienen los conscriptos del Cuartel Militar BI Portete de la ciudad de Cuenca y Dávalos antes y después de la intervención educativa

## **CAPÍTULO IV**

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1 Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio estudio Cuasiexperimental PRETEST Y POSTEST con grupo control.

#### **4.2 Universo:**

Estuvo conformado por todos los conscriptos de los Fuertes Militares B1 Portete (Calderón) y por todos los conscriptos del Fuerte Militar Dávalos.

Debido a que las autoridades de los Fuertes facilitaron el permiso con la condición de que se trabaje con todos los conscriptos, el estudio se realizó antes de la intervención con 189 conscriptos del Fuerte Militar Portete que conformó el grupo intervenido y 70 conscriptos del Fuerte Militar Dávalos que constituyó el grupo control.

Para la postintervención, el grupo intervenido estuvo conformado por 143 conscriptos y el grupo control por 61 conscriptos, los faltantes no estuvieron en los cuarteles.

#### **4.3. Área de estudio:**

El estudio fue realizado en los cuarteles (Fuertes) Militares Portete (Calderón) y Dávalos pertenecientes a la División del Ejército Tarqui. Los cuarteles se encuentran en la ciudad de Cuenca, del Cantón Cuenca, provincia del Azuay.

El Ejército Tarqui cubre las Provincias de: Azuay, El Oro, Cañar, Loja, Chimborazo y Bolívar

#### **4.4 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.**

##### **4.4.1 Solicitud de permiso a las autoridades de los Fuertes:**

En el mes de Junio se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades tanto del Fuerte Militar B I Portete (Calderón) de la Ciudad de Cuenca así como también a las autoridades del Fuerte Militar Dávalos de Cuenca, pertenecientes a la División del Ejército Tarqui.

Las autoridades concedieron el permiso para la realización de la intervención educativa con la condición de que todos los conscriptos reciban dicha intervención, pues



consideraban urgente la instrucción a los jóvenes; se adquirió entonces el compromiso de que una vez concluido la recepción de datos con la aplicación del cuestionario luego de la intervención educativa; se realizaría la intervención a los conscriptos del grupo control. Los conscriptos de los Fuertes citados no tienen comunicación entre ellos lo que eliminó la posibilidad de contaminación en la evaluación luego de la intervención.

#### **4.4.2 Como se escogieron los grupos para intervención y control**

El grupo que recibió la intervención educativa estuvo conformado por todos los conscriptos del Fuerte Militar B1 Portete (Calderón), se escogió este fuerte debido a que la intervención educativa se facilitó con este grupo por ser movilizados con menos frecuencia.

El grupo control estuvo conformado por los todos los conscriptos del Fuerte Militar Dávalos.

#### **4.4.3 Descripción de los Instrumentos de medición**

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

**4.4.3.1.El primer instrumento:** es una encuesta de valoración de CAPs mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana, en Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

**4.4.3.2. Validación del primer instrumento:** El primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de consenso de expertos y para cumplimentar su validez, se sometió a la técnica de repetición del test utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94.

Para las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos se relacionan con mayores puntuaciones.

Para las variables de prácticas la mayor puntuación se relaciona con prácticas de riesgo, o malas prácticas.

**4.4.3.3. El segundo instrumento:** Corresponde a la escala de autoeficacia basada en la Teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad, fue validado por Fuensanta López-Rosales, José Moral-de la Rubia, del Centro de investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

**4.4.3.4. Validación del segundo instrumento:**

La escala de autoeficacia está conformada de varias subescalas reconociéndose tres subescalas: A, B y C.

Los autores mexicanos validaron por una confiabilidad de ST, por la  $\alpha$  de Cronbach, alta con un valor de 0.89, y muy próxima al esperado de 0.91. Resultando todos los elementos discriminatorios con una correlación significativa ( $p < 0.01$ ) con el resto de la escala que oscila de 0.284 a 0.654.

#### **4.5. Descripción del Cuestionario (Anexo I)**

Ambos instrumentos de medición – CAPs y escala de autoeficacia- se integraron en un solo cuestionario; el mismo que fue aplicado siguiendo la técnica de encuesta administrada.

**4.5.1. Secciones del cuestionario.** Las secciones del cuestionario aplicado a los conscriptos de los Fuertes Militares B1 Portete - grupo intervenido- y Dávalos –grupo control- de la ciudad de Cuenca fueron las siguientes:

##### **Sección I**

Identificación del cuestionario

##### **Sección II**

Variables sociodemográficas del encuestado

##### **Sección III**

Preguntas de conocimientos sobre ITSs

##### **Sección IV**

Preguntas de actitudes

##### **Sección V**

Preguntas de prácticas

De la sección III hasta la sección V constituyeron el primer instrumento de medición, es decir a conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITSs; cada pregunta como puede constatarse en el anexo I tiene varios ítems, son preguntas cerradas, a cada ítem de cada pregunta el encuestado contestó si o no; de esta forma ninguna pregunta quedó sin ser contestada. Cada posibilidad de respuesta fue previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

##### **Sección VI**

Esta sección correspondió al segundo instrumento de medición, es decir, a la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, recoge preguntas de intención.

#### **4.5.2. Descripción de las secciones III-IV-V del cuestionario:**

##### Variables de conocimientos:

Infecciones de transmisión sexual que conoce

Transmisión de estas infecciones

Manifestaciones clínicas de las ITS

Curación de las ITS/VIH/SIDA

##### Variables de actitudes

Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones

Actitud ante una ITS

Prevención de las ITS

Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos

##### Variables de prácticas

Parejas en los 12 últimos meses: cuantas

Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual

Hábito sexual: Anal, oral, genital

Portador de una ITS en alguna ocasión: Mencionarla.

Conversar con su pareja sobre el tema

Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas

Uso del condón:

Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.

Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Razones por lo que no lo usa:

Disminuye la sensibilidad

No sabe utilizarlo

Pena negociarlo con la pareja

Vergüenza adquirirlo en la farmacia.

Pareja estable

Relaciones sexuales con desconocidos:

Uso del condón en estas relaciones

Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.

Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Estas variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluadas según una escala de puntuación:

- Con las variables que van de la pregunta 7 a la pregunta 14: puntuación que pretende medir los conocimientos y las actitudes, esta osciló en un rango entre 12 y -6 puntos (ver clave de calificación).
- Con las variables que van de la pregunta 17 a la 26: puntuación que pretende evaluar las prácticas, esta osciló en un rango entre 10 y 0 puntos ver clave de calificación (Anexos).

#### **4.5.3. Puntuación final de las variables del primer instrumento**

##### Variables de conocimiento

Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos

Regular entre 7.8 y 5 puntos

Mala por debajo de 5 puntos.

##### Variables de actitudes

Buena: entre 6 y 10 puntos

Regular entre 5.9 y 3 puntos

Mala por debajo de 3 puntos.

Las variables de conocimientos y actitudes se analizaron antes y después para evaluar los resultados de la intervención realizada; es decir a los dos meses de la intervención educativa.

##### Variables de prácticas

Buena de 0 a 4.9 puntos

Regular de 5 a 6.9 puntos

Mala de 7 a 10 puntos.

Las variables de prácticas deben ser evaluadas luego de mínimo tres meses luego de la intervención, en el presente estudio se evaluaron las prácticas a los dos meses debido a las dificultades presentadas: movilización frecuente de los conscriptos y por los cambios surgidos a nivel de los fuertes en cuanto a la obligatoriedad de la instrucción militar lo que hizo prever la posibilidad de movilización mayor de los grupos que ya estaban acuartelados.

#### **4.5.4. La sección VI del formulario:**

Correspondió a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 27 preguntas de intención.

La subescala A incluye preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a circunstancias diversas; la subescala B incluye seguridad o no de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y la subescala C incluye preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres.

Para el análisis se tomó en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala.

#### **4. 6. Como se procedió a recolectar los datos:**

El cuestionario fue llenado por los conscriptos antes de la intervención educativa y 2 meses después de la misma, la aplicación fue directa con la presencia de la investigadora, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario. El tiempo en responder fue de aproximadamente 60 minutos; la intervención se inició la primera semana del mes de Julio. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se diseñó para esta investigación y que aclara brevemente al encuestado los objetivos de la investigación previamente se le pidió, al encuestado, su consentimiento informado para participar en el mismo, que implicó su autorización formal a través de su firma.

#### **4.7 De la intervención educativa:**

La intervención educativa se realizó en el auditorio del Cuartel Militar Portete se programaron seis sesiones con duración de una hora cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los conscriptos, quienes podían exponer sus dudas. Para las sesiones el total de conscriptos (n=189) del Cuartel Militar Portete (Calderón) de la ciudad de Cuenca se dividió en dos grupos, las intervenciones comenzaron a la 14:00 horas y finalizaron a las 15:00 horas para el primer grupo y de 15:00 horas a 16:00 para el segundo grupo.

#### **4.7.1 Las cuatro primeras sesiones consistieron en:**

Analizar la definición de sexualidad sana, abarcando los conceptos de la OMS, una descripción de la anatomía genital masculina y femenina: presentación en power point.

Descripción de las ITS con signos, síntomas: presentación en power point

Prevención de las ITS: el uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia: presentación en power point.

Exposición de un video

#### **4.7.2 Las dos sesiones últimas consistieron en:**

El análisis de historias narradas:

Para el análisis se conformaron grupos de 10 conscriptos, designándose un expositor por cada grupo. Se asignó el tiempo de 15 minutos para la lectura y análisis de la historia a cada grupo.





A los quince minutos el expositor de cada grupo leyó el análisis que hizo el grupo y las conclusiones a las que cada grupo llegó.

El análisis de las historias narradas permitió, a los participantes expresar como manejarían las situaciones presentadas en las historias; a manera de ensayos cognitivos con el fin de fortalecer la autoeficacia.

Al finalizar la sexta sesión se entregó a cada uno de los conscriptos un manual de las ITSs elaborado por la autora (leer folleto impreso adjunto).

Se elaboró una gigantografía que contenía fotografías de las lesiones producidas por las infecciones de transmisión sexual que fue exhibida a la entrada del auditorio del fuerte Brigada I Portete, lugar en donde se dictaron las charlas con la presencia de los directivos a cargo del grupo (ver CD adjunto)

#### **4.7.3 Materiales utilizados:**

-  Esferográficos entregados a todos los conscriptos.
-  Las charlas se expusieron con la ayuda del computador y un proyector in focus para las presentaciones en power point. Ver información en CD adjunto.
-  Videos descargados de internet
-  Fotocopias de dos historias narradas

✚ Manual de prevención de las ITSs

✚ Gigantografía

En cada sesión estuvieron presentes directivos quienes mantuvieron la disciplina de los conscriptos desde el ingreso de los mismos al auditorio y durante las sesiones.

Los equipos (in foccus, CPU) fueron facilitados por las autoridades del Fuerte militar.

Se aplicó el mismo cuestionario a los 2 meses de realizada la intervención educativa, debido a que los conscriptos son movilizados con frecuencia.

Los conscriptos del grupo control y que correspondieron al Fuerte Militar Dávalos recibieron la intervención educativa, luego de concluida la segunda recolección de datos, es decir, al final del estudio.

#### **4.8. Análisis Estadístico:**

La información fue recolectada en el cuestionario (Anexos), con la misma se elaboró la base de datos en el programa SPSS 12.0 para windows.

Se realizó contraste de hipótesis Preintervención y Posintervención por medio de la prueba T para muestras independientes de conocimientos, actitudes y prácticas.

La escala de autoeficacia fue analizada tomando en cuenta el nivel de seguridad de muy seguro o total seguro de la misma; aplicando la prueba chi cuadrado.

Se aplicó además la prueba chi cuadrado para el instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas.

Los cuadros y gráficos se realizaron en el programa excel

**4.9. Normas éticas:** Se guardó cuidado en el procedimiento ético solicitando a los conscriptos que llenaran el documento de consentimiento informado. (Anexos)

#### **4.10. Recursos humanos y técnicos**

Se contó con el permiso y la colaboración correspondiente de las Fuerzas Armadas, previa una solicitud realizada en el mes de junio.

Los directivos a cargo de los grupos estuvieron presentes en las sesiones y durante la encuesta directa.

La investigadora

Una estudiante de audiovisuales de la Universidad de Cuenca como colaboradora



## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

El estudio se realizó en 189 conscriptos del Cuartel Militar B1 Portete de la ciudad de Cuenca que constituyó el grupo de intervención y por 70 conscriptos del Cuartel Militar Dávalos de la Ciudad de Cuenca que conformaron el grupo control.

#### 5.1 Tabla Base

Se elaboró una tabla base para comparación de grupos tomando en cuenta las variables sociodemográficas incluidas en el cuadro N° 1. No se encontró diferencia significativa, los dos grupos fueron comparables por estas variables antes de realizada la intervención educativa.

La mayoría de los conscriptos alcanzaron a terminar la primaria: del grupo intervenido fueron 172 (91%) y del grupo control fueron 64 (91.4%); alcanzaron a concluir la secundaria 59 (31.2%) del grupo intervenido y 18 (25.7%) del grupo control.

**Cuadro N° 1**  
**Descripción de la muestra: escolaridad, procedencia.**

	Grupo de intervención n=189	Grupo control n=70	Valor P
Asistió a la escuela			
Sí	185 (97.8%)	68 (97.1%)	0.075
No	4 (2.1%)	2 (2.8%)	
Terminaron la primaria			
Si	172 (91.0%)	64 (91.4%)	0.785
no	17 (8.9%)	6 (8.5%)	
Terminaron la Secundaria			
Si	59 (31.2%)	18 (25.7%)	0.173
No	130 (68.7%)	52 (74.2%)	
Procedencia			
Urbano	82 (43.3%)	30 (42.8%)	1,000
Rural	107 (56.6%)	40 (57.1%)	

## **5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa:**

### **5.2.1. Resultados antes y después de la intervención promedio de proporciones**

En conocimientos en el grupo intervenido se logró un incremento de 38.9%, en comparación con el grupo control en el que se observó un descenso.

En actitudes se logró un incremento de 7.7% en comparación con el grupo control cuyo incremento fue de 0.1%.

En prácticas se observó en el grupo intervenido un incremento de 0.7% lo cual es negativo debido a que el puntaje mayor en prácticas se relaciona con prácticas negativas; sin embargo en el grupo control fue de 1.6%.

En el gráfico N° 1 se observan las modificaciones en conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención educativa, en el grupo intervenido y en el grupo control.

#### **Cuadro N° 2**

**Promedio de proporciones de conocimientos, actitudes y prácticas de los conscriptos de los cuarteles Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca antes y después de la intervención**

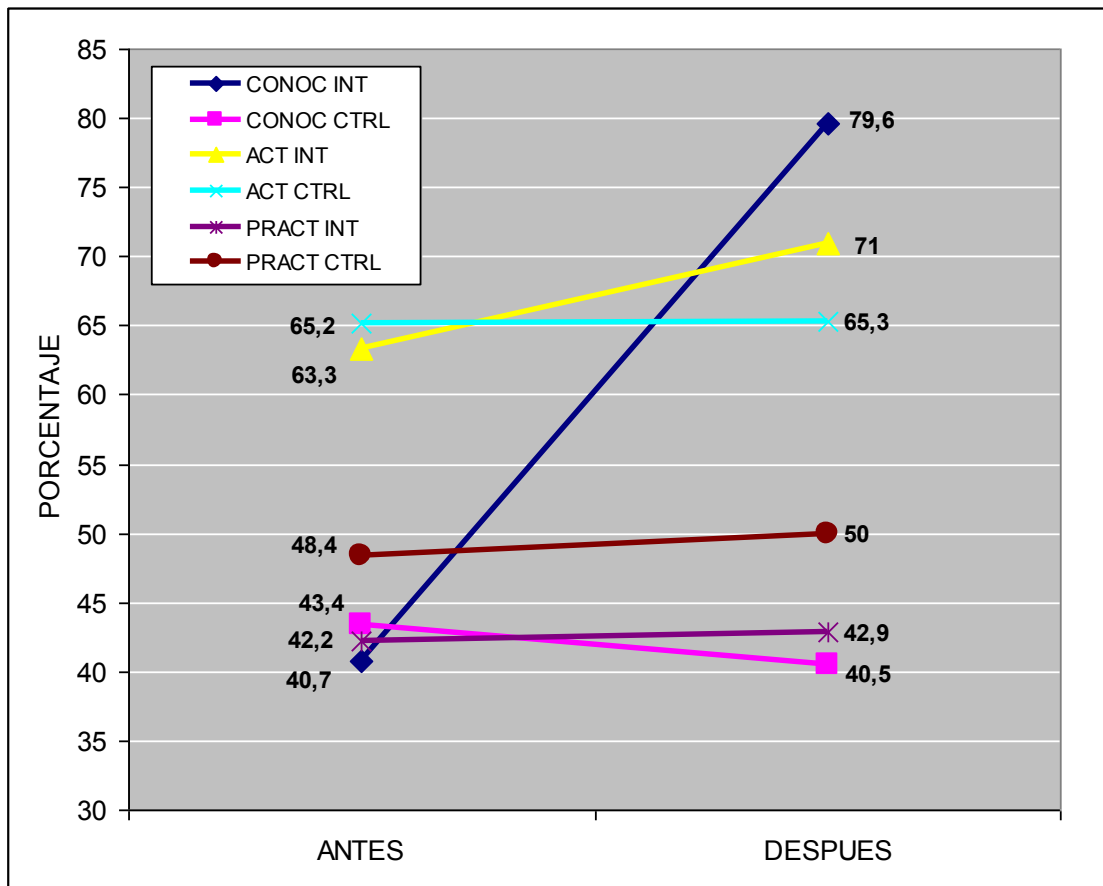
**2007**

Preguntas	Grupo intervenido antes	Grupo intervenido después	Grupo control antes	Grupo control después
Conocimientos	40.7%	79.6%	43.0%	40.5%
Actitudes	63.3%	71.0%	65.2%	65.3%
Prácticas	42.2%	42.9%	48.4%	50.0%

**Grafico N° 1**

**Promedio de proporciones de conocimientos, actitudes y prácticas de los  
Conscriptos de los Fuertes Militares Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca  
antes y después de la intervención.**

**2007**



### **5.3. Promedio de edad de inicio de la actividad sexual y rotación de parejas**

#### **Prueba T de Student para muestras independientes**

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de  $14.9 \pm 1.5$  para los conscriptos del grupo intervenido y la media para los conscriptos del grupo control fue de  $14.8 \pm 1.7$  con un valor de  $p = 0.547$

En cuanto al número de personas con las que tuvieron relaciones sexuales, en los 12 últimos meses, para los conscriptos del grupo intervenido la media fue de  $4.7 \pm 7$  y la media para los conscriptos del grupo control fue de  $2.6 \pm 2.6$  la diferencia de medias da un valor de  $p = 0.001$  que es significativo. La rotación de parejas en los 12 últimos meses fue mayor en el grupo intervenido.

### **5.4. Conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención**

#### **Prueba T de student para muestras independientes**

Clave de calificación:

##### Variables de conocimiento

Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos

Regular entre 7.9 y 5 puntos

Mala por debajo de 5 puntos.

##### Variables de actitudes

Buena: entre 6 y 10 puntos

Regular entre 5.9 y 3 puntos

Mala por debajo de 3 puntos.

##### Variables de prácticas

Buena de 0 a 4.9 puntos

Regular de 5 a 6.9 puntos

Mala de 7 a 10 puntos.

##### Variables de conocimientos

Pregunta 7 variable reconocer cuales son ITS

Antes de la intervención:

En el grupo intervenido, se encontró un promedio de  $4.2 \pm 2.9$  en reconocer cuales son ITS y en el grupo control un promedio de  $4.5 \pm 2.5$  sin diferencia significativa.

Considerándose de mala la puntuación alcanzada por ambos grupos.

Después de la intervención:

Se obtuvo una media de  $8.8 \pm 2.2$  para el grupo intervenido y de  $4.5 \pm 2.5$  para el grupo control. En esta pregunta ganaron conocimientos en reconocer como ITSs: condiloma, herpes, sífilis, SIDA, gonorrea, tricomoniasis, y clamidiasis, los conscriptos del grupo en el que se llevó a cabo la intervención educativa.

Puntuación: buena para el grupo intervenido y mala para el grupo control

Pregunta 8: Variable Conocimiento sobre la formas transmisión de las ITS

Antes de la intervención:

e encontró un promedio de  $6.5 \pm 3.3$  en el grupo intervenido y  $7.0 \pm 2.6$  en el grupo control.

La puntuación alcanzada fue regular para ambos grupos.

Después de la intervención los conscriptos del grupo intervenido tuvieron una media de calificación de  $9.0 \pm 1.8$  y los conscriptos del grupo control tuvieron una media de puntaje de  $7.1 \pm 2.6$  demostrándose que ganaron en conocimientos los conscriptos del grupo intervenido.

Puntuación: buena para el grupo intervenido y regular par el grupo control

Pregunta 9: Variable Conocimiento sobre las manifestaciones de las ITS

Antes de la intervención

Se encontró un promedio de  $3.8 \pm 2.8$  en el grupo intervenido y  $4.2 \pm 2.3$  en el grupo control.

Puntuación: mala para ambos grupos

Después de la intervención

Los conscriptos del grupo intervenido obtuvieron una media de  $7.4 \pm 1.3$  y los conscriptos del grupo control una media de  $4.1 \pm 2.5$  en reconocer los síntomas de las ITS; encontrándose que los conscriptos del grupo intervenido ganaron conocimientos con respecto a esta pregunta.

Puntuación: regular en el grupo intervenido y mala en el grupo control

Pregunta 10: Variable son curables o no las ITS

El promedio de calificación para el grupo intervenido fue de  $3.0 \pm 3$  y el promedio para el grupo control fue de  $4.0 \pm 2.4$

Puntuación mala para ambos grupos

El promedio del grupo control fue mayor en conocimiento sobre curación de las ITS que el promedio en el grupo intervenido antes de la intervención.

Después de la intervención:

Los conscriptos del grupo intervenido obtuvieron una media de puntaje de  $6.0 \pm 1.9$  y los conscriptos del grupo control una media de  $3.5 \pm 2.2$ .

Puntuación: regular en el grupo intervenido y en el grupo control mala.

En las variables de conocimientos se obtuvo una diferencia significativa antes de la intervención en la variable conocimiento sobre curación de las ITS tiene un valor de  $p < 0.05$  observándose mayor conocimiento en el grupo control; el ascenso en puntaje luego de la intervención en el grupo intervenido, no puede concluirse que sea efecto de la intervención educativa.

En las variables: reconocer cuáles son ITS, formas de transmisión y manifestaciones se encontró diferencia significativa  $p < 0.05$  luego de la intervención educativa.

**Cuadro N° 3**

**Conocimientos de los conscriptos de los cuarteles Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención 2007**

Preguntas	Grupo intervenido antes n=189	Grupo control antes n=70	Valor P	Grupo intervenido después n=143	Grupo control después n=61	Valor P
7	$4.2 \pm 2.9$	$4.5 \pm 2.5$	0.462	$8.8 \pm 2.2$	$4.5 \pm 2.5$	0.000
8	$6.5 \pm 3.3$	$7.0 \pm 2.6$	0.344	$9.0 \pm 1.8$	$7.1 \pm 2.6$	0.000
9	$3.8 \pm 2.8$	$4.2 \pm 2.3$	0.227	$7.4 \pm 1.3$	$4.1 \pm 2.5$	0.000
10	$3.0 \pm 3.5$	$4.0 \pm 2.4$	0.006	$6.0 \pm 1.9$	$3.5 \pm 2.2$	0.000

Variables de Actitudes:

Pregunta 11: Variable de actitud ante un amigo que padeciera una ITS adonde le recomendaría acudir

Antes de la intervención

En el grupo intervenido el promedio fue de  $5.6 \pm 2.6$  y en el grupo control fue de  $6.3 \pm 1.5$

Puntuación: regular para el grupo intervenido y buena para el grupo control.

Después de la intervención:

El grupo intervenido obtuvo un puntaje de  $7.7 \pm 1.5$  y el grupo control de  $6.4 \pm 1.5$

Puntuación buena para ambos grupos.

Pregunta 12: Variable de actitud ante un amigo con una ITS

Antes de la intervención

El promedio fue de  $5.4 \pm 4$  para el grupo intervenido y de  $6.1 \pm 3.5$  para el grupo control.

Puntuación: regular para el grupo intervenido y buena para el grupo control.

Después de la intervención

Los conscriptos del grupo intervenido obtuvieron una media de  $8.5 \pm 2.2$  y los conscriptos del grupo control obtuvieron una media de  $4.9 \pm 3.7$

Puntuación: buena para el grupo control y regular para el grupo control

Pregunta 13: Variable de actitud consejo a un amigo para no infectarse con una ITS

Antes de la intervención

En el grupo intervenido se encontró un promedio de  $6.4 \pm 5.2$  y en el grupo control de  $7.0 \pm 2.4$

La puntuación fue buena para ambos grupos.

Después de la intervención

Se encontró una media en el grupo intervenido de  $8.2 \pm 1.7$  y una media en el grupo control de  $6.4 \pm 2.4$ .

Puntuación: Buena para ambos grupos

Pregunta 14: Variable de actitud; consejo a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos

Antes de la intervención:

El promedio para el grupo intervenido fue de  $7.7 \pm 2.3$  y de  $7.6 \pm 1.9$

Alcanzaron una puntuación buena ambos grupos.

Después de la intervención:

El puntaje alcanzado por el grupo intervenido reflejó una media de  $7.7 \pm 2.3$  y de  $7.5 \pm 1.9$  en el grupo control.

Puntuación buena para ambos grupos

En la pregunta 11 se obtuvo diferencia significativa antes de la intervención, corresponde a la variable de actitud ante un amigo que padeciera una ITS adonde le recomendaría acudir; el grupo control reflejó una mejor actitud  $p < 0.05$ . Luego de la intervención sube el grupo intervenido  $p < 0.05$ ; no se puede concluir que sea efecto de la intervención.

#### **Cuadro N° 4**

##### **Actitudes de los conscriptos de los cuarteles Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención 2007**

Preguntas	Grupo intervenido antes n=189	Grupo control antes n=70	Valor P	Grupo intervenido después n=143	Grupo control después n=61	Valor P
11	$5.6 \pm 2.6$	$6.3 \pm 1.5$	0.015	$7.7 \pm 1.5$	$6.4 \pm 1.5$	0.000
12	$5.4 \pm 4.0$	$6.1 \pm 3.5$	0.248	$8.5 \pm 2.2$	$4.9 \pm 3.7$	0.000
13	$6.4 \pm 5.2$	$7.0 \pm 2.4$	0.358	$8.2 \pm 1.7$	$6.4 \pm 2.4$	0.000
14	$7.7 \pm 2.3$	$7.6 \pm 1.9$	0.639	$8.8 \pm 1.4$	$7.5 \pm 1.9$	0.000



## Variables de prácticas

### Pregunta 18: Variable de práctica: relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Antes de la intervención:

La calificación promedio fue de  $4.1 \pm 0.7$  para el grupo intervenido y de  $4.1 \pm 0.6$  para el grupo control.

Esta variable de prácticas alcanzó una puntuación de buena para ambos grupos.

Después de la intervención:

En el grupo la media fue de  $4.2 \pm 0.9$  y de  $4.1 \pm 0.4$  en el grupo control.

Puntuación: buena para ambos grupos

### Pregunta 19: Hábito sexual

Antes de la intervención

La calificación promedio fue de  $5.8 \pm 2.5$  para el grupo intervenido y de  $6.3 \pm 2.6$  para el grupo control.

Esta variable de práctica fue regular en la puntuación para ambos grupos.

Después de la intervención

En el grupo intervenido fue de  $6.3 \pm 2.7$  y en el grupo control fue de  $6.8 \pm 2.6$

Puntuación: regular para ambos grupos

### Pregunta 20: Padecimiento de una ITS

Antes de la intervención

El promedio de calificación fue de  $0.3 \pm 1.8$  para el grupo intervenido y de  $0.6 \pm 2.4$  para el grupo control.

Con respecto a esta variable fue buena en ambos grupos.

Después de la intervención

El promedio del grupo intervenido fue de  $0.5 \pm 2.2$  y del grupo control fue de  $0.8 \pm 2.8$

Puntuación: buena para ambos grupos

### Pregunta 21: Conversar con la pareja sobre las ITS

Antes de la intervención

El promedio fue de  $4.7 \pm 5.0$  para el grupo intervenido y de  $6.0 \pm 4.9$  para el grupo control.

Para esta variable el grupo intervenido tuvo una puntuación buena para el grupo intervenido y regular para el grupo control.

Después de la intervención:

El grupo intervenido alcanzó un promedio de  $3.3 \pm 4.7$  y en el grupo control el promedio fue de  $4.0 \pm 4.9$ .

Buena para el grupo intervenido y control

Pregunta 22: Práctica de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras sustancias

Antes de la intervención:

El promedio para el grupo intervenido fue de  $5.7 \pm 4.9$  y de  $5.9 \pm 4.9$  para el grupo control.

La puntuación fue de regular para ambos grupos.

Después de la intervención:

En el grupo intervenido el promedio fue de  $5.0 \pm 5.0$  y en el grupo control fue de  $5.6 \pm 5.0$

Puntuación regular para ambos grupos

No se observaron cambios.

Pregunta 23: Utilización del condón en las relaciones habituales con la pareja

Antes de la intervención:

En el grupo intervenido el promedio fue de  $5.4 \pm 1.3$  y en el grupo control fue de  $6.8 \pm 1.4$

$p < 0.05$  lo que refleja que la no utilización del preservativo fue mayor en el grupo control.

Puntuación: regular para ambos grupos.

Después de la intervención

En el grupo intervenido la media fue de  $5.4 \pm 1.3$  y para el grupo control de  $6.9 \pm 1.3$

Puntuación regular para ambos grupos

Pregunta 25: Práctica de relaciones sexuales con personas poco conocidas o desconocidas el promedio de calificación fue de  $6.6 \pm 4.7$  para el grupo intervenido  $7.2 \pm 4.4$  para el grupo control.

La puntuación fue regular para el grupo intervenido y mala para el grupo control

Después de la intervención:

Indica la práctica de relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas el grupo intervenido alcanzó un promedio de  $6.3 \pm 4.8$  y el grupo control tuvo un promedio de  $7.9 \pm 4.0$ .

Puntuación: regular para el grupo intervenido y mala para el grupo control

Pregunta 26: utilización de preservativo en relaciones fortuitas

Antes de la intervención:

En el grupo intervenido fue de  $5.8 \pm 2.0$  y en grupo control fue de  $7.7 \pm 2.7$

La puntuación alcanzada fue regular para el grupo intervenido y mala para el grupo control.

Después de la intervención:

El grupo intervenido alcanzó un promedio de  $5.3 \pm 1.7$  y el grupo control un promedio de  $7.9 \pm 2.6$

Puntuación: regular para el grupo intervenido y mala para el grupo control.

Se encontró diferencia significativa  $p < 0.05$  en la variable de utilización del condón en las relaciones habituales con la pareja antes de la intervención educativa con peor puntaje de prácticas en el grupo control que permaneció luego de la intervención; sin embargo no se puede concluir que la intervención fue la determinante.

Igualmente se encontró diferencia significativa en la pregunta 26  $p < 0.05$  antes y después de la intervención educativa. Se podría concluir que en el grupo control las relaciones con personas desconocidas son más frecuentes y el uso del condón se presenta con menor frecuencia que en el grupo intervenido; pero no se puede definir si el resultado es producto de la intervención o se debe al azar para las preguntas 23 y 26.

Las prácticas en general no demostraron diferencias significativas a excepción de la pregunta 25 en la que se encontró diferencia significativa que se debe a la intervención.

Limitaciones: El tiempo en la realización de la aplicación de la segunda encuesta no fue el adecuado; puesto que el tiempo mínimo que debía considerar es de tres meses luego de la aplicación de la primera encuesta, pero por lo anotado en metodología estuvo fuera de mi alcance el cumplir con el tiempo mínimo requerido.

**Cuadro No 5**  
**Prácticas de los conscriptos de los cuarteles Portete y Dávalos**  
**de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención**  
**2007**

Pregunta	Grupo intervenido antes n=189	Grupo control antes n=70	Valor p	Grupo intervenido después n= 143	Grupo control después n= 61	Valor p
18	4.1 ± 0.7	4.1 ± 0.6	0.568	4.2 ± 0.9	4.1 ± 0.4	0.083
19	5.8 ± 2.5	6.3 ± 2.6	0.211	6.3 ± 2.7	6.8 ± 2.6	0.279
20	0.3 ± 1.8	0.6 ± 2.4	0.442	0.5 ± 2.2	0.8 ± 2.8	0.405
21	4.7 ± 5.0	6.0 ± 4.9	0.073	3.3 ± 4.7	4.0 ± 4.9	0.354
22	5.7 ± 4.9	5.9 ± 4.9	0.804	5.0 ± 5.0	5.6 ± 5.0	0.438
23	5.4 ± 1.3	6.8 ± 1.4	0.000	5.4 ± 1.3	6.4 ± 1.4	0.000
25	6.6 ± 4.7	7.2 ± 4.4	0.370	6.3 ± 4.8	7.9 ± 1.4	0.018
26	5.8 ± 2.0	7.7 ± 2.7	0.000	5.3 ± 1.7	7.9 ± 2.6	0.000

**Porcentaje de conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención.**

#### **Porcentaje de conocimientos**

Se elevó sustancialmente el conocimiento en tricomoniasis, clamidiasis, condiloma y gonorrea.

**Cuadro N° 6**  
**Conocimientos de los conscriptos de los cuarteles**  
**Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA**  
**Antes y después de la intervención**  
**2007**

Pregunta	Antes de la intervención Educativa			Después de la intervención Educativa		
	Intervenido n° (%)	Control n° (%)	Valor p	Intervenido n° (%)	Control n° (%)	Valor p
Condilomas	7 (3.7%)	3(4.2%)	0,732	116 (81.1%)	2(3.2%)	0,000
Herpes	65 (34.3%)	19(27.1%)	0,298	133 (93.0%)	17(27.8%)	0,000
Sífilis	79 (41.7%)	44(62%)	0,003	129 (90.2%)	39(63.9%)	0,000
Sida	144 (76.1%)	57(81.4%)	0,406	137 (95.8%)	53(37.0%)	0,024
Gonorrrea	137(72.4%)	44(62.8%)	0,169	138 (96.5%)	37(60.6%)	0,000
Tricomoniasis	10(5.2%)	4(5.7%)	1,000	97 (67.8%)	4(6.5%)	0,000
Clamidiasis	5(2.6%)	3(4.2%)	0,449	98 (68.5%)	2(3.2%)	0,000
Sin penetración	49(25.9%)	10(14.2%)	0,066	66 (46.1%)	8(13.1%)	0,000
Con penetración	154(81.4%)	67(95.7%)	0,003	139 (97.2%)	60(98.3%)	1,000
Transfusión	150(79.3%)	62(88.5%)	0,103	139 (97.2%)	54(88.5%)	0,024
Madre infectada	139(73.5%)	40(57.1%)	0,015	140 (97.9%)	37(60.6%)	0,000
Beso o sudor	71(37.5%)	18(25.7%)	0,079	43 (30.0%)	16(26.2%)	0,617
Vientre bajo	75(39.6%)	20(28.5%)	0,112	126 (88.1%)	17(27.8%)	0,000
Secreción	107(56.6%)	62(88.5%)	0,000	134 (93.7%)	54(88.5%)	0,018
Verrugas	81(42.8%)	35(50%)	0,327	138 (96.5%)	30(49.1%)	0,000
Manchas	123(65%)	34(48.5%)	0,022	138 (96.5%)	29(47.5%)	0,000
Inflamación	78(41.2%)	28(40.0%)	0,888	135 (94.4%)	25(40.9%)	0,000
Sífilis	87(46.0%)	51(87.4%)	0,000	129 (90.2%)	46(75.4%)	0,009
Condiloma	48(25.3%)	15(21.4%)	0,625	100 (69.9%)	15(24.5%)	0,000
Blenorragia	110(58.2%)	36(51.4%)	0,397	130 (100.0%)	29(47.5%)	0,000
Clamidiasis	23(12.1)	16(22.8%)	0,049	101 (70.6%)	12(19.6%)	0,000
Sida	9(4.7%)	4(5.7%)	0,753	7 (4.8%)	6(9.8%)	0,217
Tricomoniasis	19(10.0%)	12(17.1%)	0,133	93 (65.0%)	7(11.4%)	0,000

#### Porcentaje de actitudes y prácticas

Con respecto a las actitudes: mejora la actitud hacia los padres, no ir a la farmacia, no alejarse de un amigo con ITS, ayudar a un amigo con ITS, decir que es propio de la edad, fidelidad, uso del preservativo.  $p < 0.05$  (Cuadro N° 7)

En prácticas mejoró la percepción de uso correcto del preservativo, confianza con los padres, solidaridad, uso del condón. (Cuadro N° 8)

**Cuadro N° 7**  
**Actitudes de los conscriptos de los cuarteles**  
**Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA**  
**antes y después de la intervención**  
**2007**

Pregunta	Antes de la intervención Educativa			Después de la intervención educativa		
	Intervenido N° (%)	Control N° (%)	Valor p	Intervenido N° (%)	Control N° (%)	Valor P
Hospital	160(84.6%)	65(92.8%)	0,098	138 (96.5%)	59(96.7%)	1,000
Médico	110(58.2%)	61(87.1%)	0,000	124 (86.7%)	56(91.8%)	0,497
Farmacia	85(44.9%)	39(55.7%)	0,161	26 (18.1%)	36(59.0%)	0,000
Amigo	99(52.3%)	26(37.1%)	0,034	52 (36.3%)	20(32.7%)	0,633
Padres	150(79.3%)	43(61.4%)	0,006	136 (95.1%)	36(59.0%)	0,000
Alejarse	54(28.5%)	33(47.1%)	0,007	26 (13.7%)	32(52.4%)	0,000
Ayudaría	155(82.0%)	42(60.0%)	0,000	137 (95.8%)	30(49.1%)	0,000
Aprendió	50(26.4%)	7(10.0%)	0,004	30 (20.0%)	11(18.1%)	0,705
Edad	77(40.7%)	25(35.7%)	0,478	30 (20.9%)	23(37.7%)	0,023
Médico	135(71.4%)	66(94.2%)	0,000	138 (96.5%)	57(83.6%)	0,312
Conocimientos	151(79.8%)	68(97.1%)	0,000	141 (98.6%)	60(98.3%)	0,638
No relaciones	108(57.1%)	17(24.2%)	0,000	58 (40.5%)	16(26.2%)	0,057
Fidelidad	126(66.6%)	48(68.5%)	0,882	136 (95.1%)	39(63.9%)	0,000
Escoger	156(82.5%)	65(92.8%)	0,047	137 (95.8%)	54(88.5%)	0,075
Condon	150(79.3%)	44(62.8%)	0,009	137 (95.8%)	35(57.3%)	0,000
Sin penetración	44(23.2%)	42(60.0%)	0,000	76(53.1%)	43(70.4%)	0,032
Condón	177(93.6%)	48(68.5%)	0,000	143 (100%)	39(63.9%)	0,000
Lavarse	154 (81.4)	68(97.1%)	0,001	136(95.1%)	60(98.3%)	0,726
Médico	152(80.4%)	65(92.8%)	0,014	139(97.2%)	57(93.4%)	0,172
No relaciones	102(53.9%)	41(58.5%)	0,574	98(68.5%)	40(65.5%)	0,631

**Cuadro N° 8**  
**Prácticas de los conscriptos de los cuarteles**  
**Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA**  
**antes y después de la intervención**  
**2007**

PREGUNTA	Antes de la intervención Educativa			Después intervención educativa		
	Intervenido N° (%)	Control N° (%)	Valor *p	Intervenido N° (%)	Control N° (%)	Valor p
Mismo sexo	4 (2.1%)	3(4.2%)	0,392	9(6.2%)	2(3.2%)	0,511
Sexo contrario	176(93.1%)	64(91.4%)	0,602	131 (91.6%)	56(91.8%)	1,000
Ambos sexos	11(5.8%)	3(4.2%)	0,765	14 (9.7%)	0 (0%)	0,012
Sexo oral	87(46.0%)	43(61.4%)	0,036	73 (51.0%)	40(65.5%)	0,093
Sexo anal	56(29.6%)	26(37.1%)	0,293	54 (37.7%)	27(44.2%)	0,440
Coito genital	179(94.7%)	65(92.8%)	0,558	135(94.4%)	57(93.4%)	0,763
Padeció ITS	6(3.1%)	4(5.7%)	0,466	6 (4.1%)	5(8.1%)	0,312
Conversa	96(50.7%)	24(34.2%)	0,024	95 (66.4%)	25(40.9%)	0,001
Embriaguez	100(52.9%)	36(51.4%)	0,888	68 (47.5%)	33(54.0%)	0,540
Disminuye	83(43.9%)	57(81.4%)	0,000	66(46.1%)	53(86.8%)	0,000
No sé utilizarlo	80(42.3%)	34(48.5%)	0,399	35 (24.4%)	30(49.1%)	0,001
Me da pena	43(22.7%)	26(37.1%)	0,026	29 (20.2%)	23(37.7%)	0,140
Vergüenza	46(24.3%)	24(34.2%)	0,117	27(18.8%)	17(27.8%)	0,195
Considero	111(58.7%)	52(74.2%)	0,029	91(63.6%)	44(72.1%)	0,338
Desconocidas	120(63.4%)	48(68.5%)	0,468	88(61.5%)	46(75.4%)	0,081

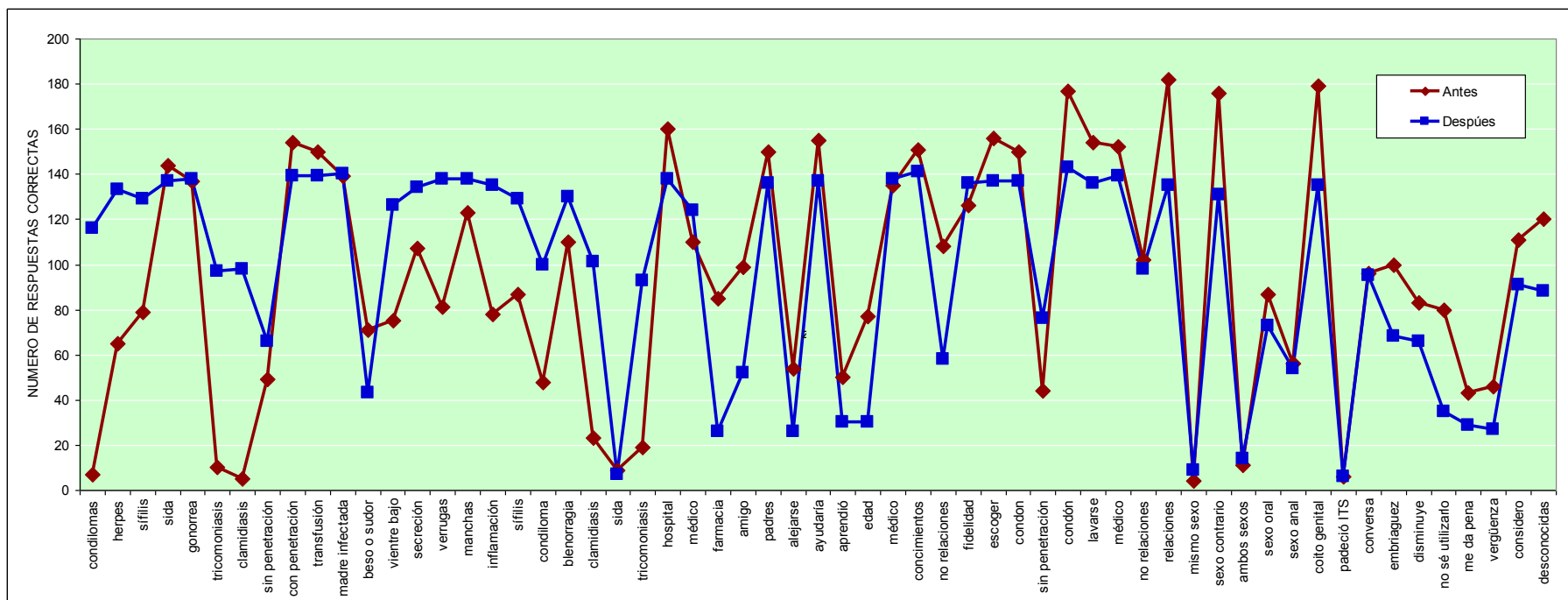


Grafico N° 2  
Conocimientos, actitudes y prácticas de los conscriptos de los cuarteles Potete y Dávalos de la ciudad de Cuenca, sobre ITS y VIH/SIDA  
2007



## 5.4 Escala de autoeficacia para prevenir el SIDA

### Subescala A

La subescala A contiene preguntas que van de A1 a la pregunta A11; se refieren al nivel de seguridad de decir NO a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias. Se tomó en cuenta la mayor seguridad; es decir muy seguro o total seguro.

(Cuadro N° 9)

A 1 se refiere a decir no a las relaciones sexuales con alguien conocido hace treinta días o menos

Antes de la intervención:

El 8.9% (17 conscriptos) del grupo intervenido contestan estar seguros de negarse a las relaciones sexuales y 15.7% (11 conscriptos) del grupo control contestan estar seguros de decir no.  $P>0.05$

Después de la intervención

El 22.3% (32 conscriptos) del grupo intervenido contestan estar seguros de negarse a las relaciones sexuales y 11.4% (7 conscriptos) del grupo control contestan estar seguros de decir no.

$p>0.05$

A 2 decir no a las relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual es desconocida

Antes de la intervención:

En el grupo intervenido encontramos que un 10.5% (20 conscriptos) y en el grupo control encontramos que el 12.8% (9 conscriptos) estuvieron seguros de negarse a las relaciones sexuales con una persona de quien no conozcan su historia sexual.

$p>0.05$

Después de la intervención:

En el grupo intervenido se encontró que un 27.9% (40 conscriptos) y en el grupo control encontramos que el 8.1% (5 conscriptos) estuvieron seguros de negarse a las relaciones sexuales con una persona de quien no conozcan su historia sexual.

$P<0.002$

Mejoró la intención de decir no a las relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual es desconocida en el grupo intervenido.

A3 Negarse a las relaciones sexuales con una persona cuya historia de drogas es desconocida

Antes de la intervención

El 14.8% (28 conscriptos) del grupo intervenido y el 24.2% (17 conscriptos) del grupo control demuestran seguridad de negarse a las relaciones sexuales con una persona cuya historia de drogas es desconocida.  $p>0.05$

Después de la intervención:

El 32.8% (47 conscriptos) del grupo intervenido y el 14.7% (9 conscriptos) del grupo control demuestran seguridad de negarse a las relaciones sexuales con una persona cuya historia de drogas es desconocida.

En esta variable de la escala se obtuvo diferencia significativa  $p<0.05$  lo que demuestra el efecto de la intervención puesto que la intención de negarse a tener relaciones sexuales con una persona cuya historia de drogas es desconocida incremento en el grupo intervenido.

A 4 Negarse a las relaciones sexuales con alguien, que ha conocido con anterioridad

Antes de la intervención:

El 12.1% (23 conscriptos) del grupo intervenido respondieron estar seguros de negarse a las relaciones sexuales con alguien, que ha conocido con anterioridad, en el grupo control correspondió al 20.0% (14 conscriptos).

No se obtuvo diferencia significativa antes de la intervención el valor  $p>0.05$

Después de la intervención:

El 23.0% (33 conscriptos) del grupo intervenido respondieron estar seguros de negarse a las relaciones sexuales con alguien, que ha conocido con anterioridad, en el grupo control correspondió al 11.4% (7 conscriptos).

No se obtuvo diferencia significativa  $p = 0.05$

Los conscriptos de ambos grupos demuestran inseguridad de decir no a las relaciones sexuales con alguien conocido antes.

A5 Negarse a las relaciones sexuales con alguien a quien desea tratar de nuevo.

Antes de la intervención:

El 18.5% (35 conscriptos) del grupo intervenido, respondieron estar seguros de negarse a las relaciones sexuales con alguien a quien desea tratar de nuevo, y el 17.1% (12 conscriptos) del grupo control contestaron estar seguros con respecto a la misma pregunta,  $p>0.05$

Después de la intervención:

El 34.9% (50 conscriptos) del grupo intervenido, respondieron estar seguros de negarse a las relaciones sexuales con alguien a quien desea tratar de nuevo, y el 11.4% (7 conscriptos) del grupo control contestaron estar seguros con respecto a la misma pregunta.

Se obtuvo diferencia significativa  $p < 0.05$ ; el grupo control incrementó en la seguridad de negarse a tener relaciones bajo la circunstancia señalada.

A6 Negarse a tener relaciones sexuales con alguien que ya ha tenido relaciones sexuales.

Antes de la intervención:

El 25.9% (49 conscriptos) del grupo intervenido y el 24.2% (17 conscriptos) del grupo control indicaron estar seguros de negarse a tener relaciones sexuales con alguien que ya ha tenido relaciones sexuales  $p > 0.05$

Después de la intervención:

El 35.6% (51 conscriptos) del grupo intervenido y el 14.7 % (9 conscriptos) del grupo control indicaron estar seguros de negarse a tener relaciones sexuales con alguien que ya ha tenido relaciones sexuales.

Se obtuvo diferencia significativa  $p < 0.05$

El grupo intervenido incremento su seguridad en esta variable.

A7 Negarse a las relaciones sexuales con alguien por necesidad de que se enamore de él

Antes de la intervención:

El 9.5% (37 conscriptos) del grupo intervenido y 24.2% (17 conscriptos) del grupo control respondieron que estar seguros de decir no a las relaciones sexuales con alguien por necesidad de que se enamore de él  $p > 0.05$

Después de la intervención:

El 37.7 % (54 conscriptos) del grupo intervenido y 11.4% (7 conscriptos) del grupo control respondieron que estar seguros de decir no a las relaciones sexuales con alguien por necesidad de que se enamore de él  $p < 0.05$

Los conscriptos del grupo intervenido incrementaron el nivel de seguridad con respecto a esta variable, la intervención tuvo efecto.

A 8 Decir no ante la propuesta de relaciones sexuales bajo presión.

Antes de la intervención:

El 22.7% (43 conscriptos) del grupo intervenido y el 28.5% (20 conscriptos) del grupo control indicaron estar seguros de decir no ante la propuesta de relaciones sexuales bajo presión  $p>0.05$

Después de la intervención:

El 37.7% (54 conscriptos) del grupo intervenido y el 11.4% (7 conscriptos) del grupo control indicaron estar seguros de decir no ante la propuesta de relaciones sexuales bajo presión.

Se obtuvo diferencia significativa  $p<0.05$  lo que demuestra el efecto de la intervención.

A9 Decir no a las relaciones sexuales con una persona con quien ha estado bebiendo alcohol.

El 16.9% del grupo intervenido (32 conscriptos) y el 22.8% (16 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de decir no a las relaciones sexuales con una persona con quien ha estado bebiendo alcohol.  $P>0.05$

Después de la intervención:

El 27.2% del grupo intervenido (39 conscriptos) y el 16.3% (9 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de decir no a las relaciones sexuales con una persona con quien ha estado bebiendo alcohol  $p=0.05$

Los conscriptos de ambos grupos demuestran inseguridad de negarse a las relaciones sexuales si están bajo el efecto del alcohol.

A10 Decir no a las relaciones sexuales con alguien con quien haya estado consumiendo drogas

Antes de la intervención

El 17.9% (34 conscriptos) del grupo intervenido y el 34.2% (24 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de decir no a las relaciones sexuales con alguien con quien haya estado consumiendo drogas  $p>0.05$

Después de la intervención:

El 44.7% (64 conscriptos) del grupo intervenido y el 19.6 % (12 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de decir no a las relaciones sexuales con alguien con quien haya estado consumiendo drogas

Los conscriptos del grupo intervenido demuestran seguridad de decir no a las relaciones sexuales con alguien con quien hayan estado consumiendo drogas,  $p<0.05$

A11 Negarse a tener relaciones sexuales con alguien, a pesar de tener un nivel de excitación elevado

El 25.3% (48 conscriptos) del grupo intervenido y 18.5% (13 conscriptos) del grupo control indicaron estar seguros de negarse a tener relaciones sexuales con alguien, a pesar de tener un nivel de excitación elevado,  $p>0.05$

Después de la intervención:

El 39.8% (57 conscriptos) del grupo intervenido y 19.6 % (12 conscriptos) del grupo control indicaron estar seguros de negarse a tener relaciones sexuales con alguien, a pesar de tener un nivel de excitación elevado.

Los conscriptos del grupo control demostraron mayor nivel de seguridad,  $p< 0.05$  con respecto al grupo control.

Los conscriptos de ambos grupos demostraron menos seguridad en decir No a las relaciones sexuales con alguien que ha conocido hace treinta días o menos, conocido con anterioridad y bajo el efecto del alcohol.

#### **Cuadro N° 9**

**Autoeficacia de los conscriptos de los Fuertes Militares Portete y Dávalos de la Ciudad de Cuenca, medida por el nivel de mayor seguridad subescala A de preguntas, antes y después de la intervención .**

**2007**

Preguntas	Grupo intervenido antes N <sup>0</sup> (%)	Grupo control antes N <sup>0</sup> (%)	Valor P	Grupo intervenido después N <sup>0</sup> (%)	Grupo control después N <sup>0</sup> (%)	Valor p
A1	17 (8.9%)	11 (15.7%)	0.126	32 (22.3%)	7 (11.4%)	0.064
A2	20 (10.5%)	9 (12.8%)	0.660	40 (27.9%)	5 (8.1%)	0.002
A3	28 (14.8%)	17 (24.2%)	0.091	47 (32.8%)	9 (14.7%)	0.008
A4	23 (12.1%)	14 (20.0%)	0.156	33 (23.0%)	7 (11.4%)	0.056
A5	35 (18.5%)	12 (17.1%)	0.662	50 (34.9%)	7 (11.4%)	0.001
A6	49 (25.9%)	17 (24.2%)	0.620	51 (35.6%)	9 (14.7%)	0.002
A7	37 (19.5%)	17 (24.2%)	0.502	54 (37.7%)	7 (11.4%)	0.000
A8	43 (22.7%)	20 (28.5%)	0.458	44 (30.7%)	10 (16.3%)	0.031
A9	32 (16.9%)	16 (22.8%)	0.381	39 (27.2%)	9 (16.3%)	0.051
A10	34 (17.9%)	24 (34.2%)	0.087	64 (44.7%)	12 (19.6%)	0.001
A11	48 (25.3%)	13 (18.5%)	0.167	57 (39.8%)	12 (19.6%)	0.005

Subescala B: antes de la intervención  $p>0.05$  y después de la intervención  $p<0.05$

La subescala B de preguntas de la escala de autoeficacia está formada por preguntas que hacen referencia a la seguridad percibida de preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA. Consta de 4 preguntas y se tomó en cuenta la mayor seguridad (muy seguro y total seguro de la escala); no se encontró diferencia significativa antes de la intervención.

B1 Estar seguros de preguntar a la novia si se ha inyectado drogas.

Antes de la intervención

El 45.5% (86 conscriptos) del grupo intervenido y 37.1% (26 conscriptos) del grupo control indicaron estar seguros de preguntar a la novia si se ha inyectado drogas.  $P>0.05$

Después de la intervención:

El 64.3% (92 conscriptos) del grupo intervenido y 19.6 % (12 conscriptos) del grupo control indicaron estar seguros de preguntar a la novia si se ha inyectado drogas.

B2 Seguridad de discutir sobre la prevención del SIDA con la novia

Antes de la intervención:

El 47.0% (89 conscriptos) del grupo intervenido y 40.0% (28 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de discutir sobre la prevención del SIDA con la novia.  $P>0.05$

El 60.1 % (86 conscriptos) del grupo intervenido y 22.9 % (14 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de discutir sobre la prevención del SIDA con la novia.

Se obtuvo diferencia significativa  $p<0.05$

B 3 Seguridad de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales tenidas en el pasado.

El 42.3% (80 conscriptos) del grupo intervenido y el 41.4% (29 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales tenidas en el pasado.  $P>0.05$

Después de la intervención

El 57.3 % (80 conscriptos) del grupo intervenido y el 24.5% (15 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales tenidas en el pasado.

Se obtuvo diferencia significativa  $p<0.05$

B4 Seguridad de preguntar a la novia sobre experiencias homosexuales

El 35.4% (67 conscriptos) del grupo intervenido y 40.0% (28 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de preguntar a la novia sobre experiencias homosexuales,  $p>0.05$

Después de la intervención:

El 51.7 % (74 conscriptos) del grupo intervenido y 19.6 % (12 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de preguntar a la novia sobre experiencias homosexuales,  $p<0.05$

La intervención tuvo efecto en el grupo intervenido

#### **Cuadro N° 10**

**Autoeficacia de los conscriptos de los Fuertes Militares Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca, medida por el nivel de mayor seguridad subescala B antes de la intervención y después de la intervención.**

**2007**

Preguntas	Grupo intervenido antes N° (%)	Grupo control antes N° (%)	Valor P	Grupo intervenido después N° (%)	Grupo control después N° (%)	Valor P
B1	86 (45.5%)	26 (37.1%)	0.129	92 (64.3%)	12 (19.6%)	0.000
B2	89 (47.0%)	28 (40.0%)	0.191	86 (60.1%)	14 (22.9%)	0.000
B3	80 (42.3%)	29 (41.4%)	0.641	82 (57.3%)	15 (24.5%)	0.000
B4	67 (35.4%)	28 (40.0%)	0.610	74 (51.7%)	12 (19.6%)	0.000

#### Subescala C:

La subescala C de preguntas recoge el nivel de seguridad percibida por los conscriptos en relación al uso del preservativo, fidelidad con la pareja, abstinencia sexual, confianza con los padres

Antes de la intervención se encontró diferencia significativa  $p<0.05$  para las preguntas 1, 2, 4, 7, 8, 10 de la subescala C. Después de la intervención se encontró diferencia significativa  $p<0.05$  para las preguntas 1, 2, 4, 7 y 8.

Para la pregunta 10 no se encontró diferencia significativa  $p>0.05$

Puede deberse o no al efecto de la intervención, aunque el haber encontrado mayor percepción de seguridad en la intención para las preguntas señaladas, en el grupo intervenido, puede deberse a la intervención.

#### C1 Seguridad de utilizar preservativo cada vez que tenga una relación sexual.

Antes de la intervención

El 50.7% (96 conscriptos) del grupo intervenido y el 24.2% (17 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de utilizar preservativo cada vez que tengan una relación sexual.

Después de la intervención

El 62.2 (89 conscriptos) del grupo intervenido y el 8.1% (5 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de utilizar preservativo cada vez que tengan una relación sexual.

#### C2 Seguridad de usar correctamente el preservativo

Antes de la intervención:

El 62.4% (118 conscriptos) del grupo intervenido y 26 conscriptos (37.1%) del grupo control respondieron que estaban seguros de usar correctamente el preservativo.

Después de la intervención

El 69.9% (100 conscriptos) del grupo intervenido y 10 conscriptos (16.3%) del grupo control respondieron que estaban seguros de usar correctamente el preservativo.

#### C4 Seguridad de usar el preservativo durante el acto sexual con el uso de drogas

Antes de la intervención:

El 1.1% (21 conscriptos) del grupo intervenido y 32.8% (23 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de usar el preservativo durante el acto sexual con el uso de drogas

Después de la intervención:

El 44.0% (63 conscriptos) del grupo intervenido y 21.3% (13 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de usar el preservativo durante el acto sexual con el uso de drogas

#### C7 Seguridad de contar con dinero para comprar preservativos

Antes de la intervención:



El 53.9% (102 conscriptos) del grupo intervenido y 37.1% (26 conscriptos) respondieron estar seguros de contar con el dinero suficiente para comprar preservativos.

Después de la intervención

El 65.7% (94 conscriptos) del grupo intervenido y 21.3% (13 conscriptos) respondieron estar seguros de contar con el dinero suficiente para comprar preservativos.

C8 Seguridad de acudir a la tienda a comprar condones.

Antes de la intervención:

El 53.4% (101 conscriptos) del grupo intervenido y 38.5% (27 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de acudir a la tienda a comprar condones.

Después de la intervención:

El 60.8 % (87 conscriptos) del grupo intervenido y 26.2% (16 conscriptos) del grupo control respondieron estar seguros de acudir a la tienda a comprar condones.

C 10 Seguridad de mantener relaciones sexuales con una sola persona durante toda la vida.

Antes de la intervención:

El 37.0% (70 conscriptos) del grupo intervenido y 24.2% (17 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de mantener relaciones sexuales con una sola persona durante toda la vida.

Después de la intervención:

El 46% (66 conscriptos) del grupo intervenido y 18.0 % (11 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de mantener relaciones sexuales con una sola persona durante toda la vida.

**Cuadro N° 11**  
**Autoeficacia de los conscriptos de los Cuarteles Militares Portete y Dávalos de la**  
**ciudad de Cuenca, medida por el nivel de mayor seguridad**  
**subescala C antes y después de la intervención.**  
**2007**

Preguntas	Grupo intervenido antes N° (%)	Grupo control antes N° (%)	Valor P	Grupo intervenido después N° (%)	Grupo control después N° (%)	Valor p
C1	96 (50.7%)	17 (24.2%)	0.000	89 (62.2%)	5 (8.1%)	0.000
C2	118 (62.4%)	26 (37.1%)	0.000	100 (69.9%)	10(16.3%)	0.000
C4	21 (11.1%)	23 (32.8%)	0.007	73 (51.0%)	7 (11.4%)	0.000
C7	102 (53.9%)	26 (37.1%)	0.003	94 (65.7%)	13(21.3%)	0.001
C8	101 (53.4%)	27 (38.5%)	0.010	87 (60.8%)	6 (9.8%)	0.000
C10	70 (37.0%)	17 (24.2%)	0.032	66 (46.0%)	11 (18.0%)	0.000

Antes de la intervención no se encontró diferencia significativa  $p < 0.05$  para las preguntas 3, 5, 6, 9, 11, 12 de la subescala C. Después de la intervención si se encontró diferencia significativa  $p < 0.05$  para las mismas preguntas.

Se incrementó el nivel de seguridad en el uso del preservativo si había bebido alcohol, insistir a la pareja en el uso del preservativo, abstinencia y confianza con los padres.

C3 Seguridad de uso del preservativo durante el acto sexual si había bebido alcohol

Antes de la intervención

El 30.1% (57 conscriptos) del grupo intervenido y 30.0% (21 conscriptos) respondieron que estaban seguros de usar preservativo durante el acto sexual si habían ingerido alcohol

Después de la intervención:

El 51.0% (73 conscriptos) del grupo intervenido y 11.4 % (7 conscriptos) respondieron que estaban seguros de usar preservativo durante el acto sexual si habían ingerido alcohol

C5 Seguridad de insistir en el uso del condón durante el acto sexual aún si la pareja se niegue a aceptarlo.

Antes de la intervención:

El 31.7% (60 conscriptos) del grupo intervenido y 24.2% (17 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de insistir en el uso del condón durante el acto sexual.

Después de la intervención:

El 49.6% (71 conscriptos) del grupo intervenido y 9.8 % (6 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de insistir en el uso del condón durante el acto sexual aún si la pareja se niegue a aceptarlo.

#### C6 Negarse a las relaciones sexuales si la pareja se niega al uso del preservativo

Antes de la intervención:

El 25.3% (48 conscriptos) del grupo intervenido y el 24.2 % (17 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros negarse a tener relaciones sexuales si la pareja se niega al uso del condón.

Después de la intervención:

El 41.2% (59 conscriptos) del grupo intervenido y el 18.0% (11 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de tener relaciones sexuales si la pareja se niega a su uso.

#### C9 Seguridad de no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio.

Antes de la intervención:

El 17.4% (33 conscriptos) del grupo intervenido y 12.8% (9 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio.

Después de la intervención:

El 29.3% (42 conscriptos) del grupo intervenido y 16.3 % (10 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio.

#### C11 Seguridad de conversar con el papá sobre temas sexuales.

Antes de la intervención:

El 42.3% (80 conscriptos) del grupo intervenido y 42.8% (30 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de conversar con el papá sobre temas sexuales.

Después de la intervención:

El 45.4% (65 conscriptos) del grupo intervenido y 21.3 % (13 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de conversar con el papá sobre temas sexuales.

C12 Seguridad de conversar con la mamá sobre temas sexuales.

Antes de la intervención:

32.2% (61 conscriptos) del grupo intervenido y 28.5% (20 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de conversar con la mamá sobre temas sexuales.

Después de la intervención:

41.9% (60 conscriptos) del grupo intervenido y 19.6 % (12 conscriptos) del grupo control respondieron que estaban seguros de conversar con la mamá sobre temas sexuales.

#### **Cuadro N° 12**

**Autoeficacia de los conscriptos de los Fuertes Militares Portete y Dávalos de la ciudad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad Subescala C de preguntas, antes y después de la intervención.**

**2007**

Pregunta	Grupo intervenido antes N <sup>0</sup> (%)	Grupo control antes N <sup>0</sup> (%)	Valor p	Grupo intervenido después N <sup>0</sup> (%)	Grupo control después N <sup>0</sup> (%)	Valor p
C3	57 (30.1%)	21 (30.0%)	0.339	73 (51.0%)	7 (11.4%)	0.000
C5	60 (31.7%)	17 (24.2%)	0.152	71 (49.6%)	6 (9.8%)	0.000
C6	48 (25.3%)	17 (24.2%)	0.632	59 (41.2%)	11 (18.0%)	0.001
C9	33 (17.4%)	9 (12.8%)	0.253	42 (29.3%)	10 (16.3%)	0.052
C11	80 (42.3%)	30 (42.8%)	0.874	65 (45.4%)	13 (21.3%)	0.001
C12	61 (32.2%)	20 (28.5%)	0.374	60 (41.9%)	12 (19.6%)	0.003

## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

La edad de inicio de las relaciones sexuales para el grupo intervenido fue de  $14.9 \pm 1.5$  y para el grupo control de  $14.8 \pm 1.7$  cifras similares se encuentran en un estudio realizado por Nechí y Schufer en la ciudad de Buenos Aires; con una media de inicio de las relaciones sexuales de  $14,9 \text{ años} \pm 1.5$  para los varones (36); otro estudio realizado en Cuba por Cutié, demuestra que los adolescentes varones en su mayoría comienzan las relaciones sexuales antes de los quince años de edad de edad (37). El estudio realizado por Caballero R. en México, demuestra que en los adolescentes varones las relaciones sexuales inician a los  $15,6 \pm 1,7$  (38). Un estudio realizado en Colombia por Vera L. et al reveló que el promedio de edad de la primera relación sexual fue 15.7 años con una desviación estándar de 2.2 (39). En un estudio realizado en Brasil por Juárez F. y de Freitas Santos T la media de edad para varones fue de 14 años (40).

La media de número de parejas sexuales en los últimos 12 meses para los conscriptos del grupo intervenido fue de  $4.7 \pm 7$  y la media para los conscriptos del grupo control fue de  $2.6 \pm 2.6$ . Un estudio realizado en Perú por Montoya y Echavarría, J. en 2003 refleja que los jóvenes que tienen contacto con extranjeros y que se los llama bricheros, un promedio de parejas sexuales en los últimos 12 meses de  $6.3 \pm 9.1$ , con una media de edad de 22,4 años (41).

El grupo intervenido reconoce antes de la intervención: SIDA, gonorrea y sífilis en el 76.1%, 72.4% y 41.7% después de la intervención sube a 95.8%, 96.5% y 90.2% respectivamente. Vera L. et demuestran que los jóvenes de 15 a 22 años reconocen el SIDA, gonorrea y sífilis como enfermedades de transmisión sexual con 98%, 93% y 80% respectivamente (39).

Según datos de CEPAR en comparación con datos a nivel nacional y de otras provincias, en la provincia del Guayas existe un relativo buen conocimiento de las principales infecciones de transmisión sexual, en las mujeres en edad fértil; el 98 por ciento de todas las mujeres en edad fértil conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA, 86 por ciento de la gonorrea, 59 por ciento de la sífilis. El conocimiento de las mujeres de la ciudad de Guayaquil es aún más alto: 98, 90, 64 por ciento, en ese mismo orden (42).

Con respecto al conocimiento de condiloma antes de la intervención se encontró que el 3.7% del grupo intervenido conocía esta ITS y el 4.2% del grupo control, conocía esta infección; luego de la intervención fue de 81.1% en el grupo intervenido y de 3.2 % en

el grupo control respectivamente. En el estudio de Pérez A., et al. realizado en un grupo de militares sancionados en Cuba se encontró que el 29,9 % reconoció al condiloma (43).

En cuanto a conocimiento de Herpes el grupo intervenido fue de 34.3% y en el grupo control de 27.1 %; luego de la intervención subió a 93.0 % en el grupo intervenido mientras que el grupo control fue de 27.8%; en un estudio realizado en Colombia por González F. sobre conocimientos, actitudes y prácticas en ETS en jóvenes de 14 a 25 años fue de 12.2% para Herpes; SIDA de 51.8%, Sífilis de 12.1%, y Gonorrea de 9.6% (44).

Sobre conocimientos de tricomoniasis antes de la intervención fue de 5.2% en el grupo intervenido y 5.7% en el control; en el grupo intervenido después de la intervención subió el porcentaje a 67.8% y 6.5% en el grupo control respectivamente; el informe final de 2004 de la encuesta nacional de Paraguay realizada en 7321 mujeres, revela que la población femenina de 15 a 44 años reconoce clamidiadis, tricomoniasis, herpes y condiloma en menos del 10% (45).

En relación a las formas de transmisión se encontró que el 37.5% de los conscriptos del grupo intervenido tenía la idea errónea de transmisión por el beso o sudor y el 25.7% del grupo control; luego de la intervención descendió para el grupo intervenido a 30% con un descenso en el grupo intervenido de 7.5% y subió en el grupo control al 26.2%, En un estudio realizado por García T. et al. en el año 2000 en adolescentes en Camaguey reflejó que el 37,5% de la población adolescente estudiada pensaba que el SIDA puede transmitirse por besos, ropa, platos, sanitarios; el concepto erróneo descendió a cero con el 100% de respuestas correctas (46).

El 79.3% del grupo intervenido y el 88,5% del grupo control reconocían como vía de transmisión las transfusiones sanguíneas antes de la intervención, el porcentaje subió para el grupo intervenido a 97.2% manteniéndose en 88.5% en el grupo control; en el estudio realizado por FUNDASIDA en adolescentes del Salvador en el año 2000 se encontró que los adolescentes de 15 años conocían esta vía en un 93% para las mujeres y 92% para los varones.(47)

En cuanto el conocimiento de la curación de las ITS encontramos que se eleva a expensas de la sífilis, gonorrea, clamidia, condiloma y tricomoniasis en el estudio realizado en Cuba por Fatjo, A., los adolescentes incrementan los conocimientos sobre curación a expensas de Condiloma y tricomoniasis (48)

En un estudio previo realizado por Freire, E. Orellana, I. Alvarez, M. Cañar, H. en adolescentes del Colegio Manuel J. Calle de la ciudad de Cuenca en el año 2006 (artículo en prensa); la intervención educativa elevó los conocimientos en condiloma, clamidiasis y tricomoniasis en 13.8%, 16.5% y 7.2 % respectivamente; el limitante en el estudio fue el no haberse respaldado en una teoría. (49).

Las actitudes mejoran teniendo en cuenta que acudir a la farmacia es una actitud negativa; antes de la intervención se encontró que el 44.9% de los conscriptos del grupo intervenido tenían esta actitud y en el grupo control correspondió al 55.7%; luego de la intervención desciende esta actitud al 18.1% en el grupo intervenido y el grupo control subió a 59%, lo que quiere decir que más bien existe un incremento en esta actitud negativa en el 3.3% en el grupo control; Fatjo encontró un cambio del 12% antes de la intervención educativa a 0.9% después de la misma, con una disminución de 8.7% que, sin embargo de inicio en el estudio de Fatjo el porcentaje de esta actitud negativa era mucho menor que en este estudio (48).

La actitud hacia los padres mejora de 79.3% en el grupo intervenido y 61.4% del grupo control previa a la intervención a 95.1% y baja en el control a 59% en el estudio de Fatjó A. encuentra una modificación de 93.2% a 99.6% antes y después de la intervención respectivamente, tomando en cuenta que en el estudio de Fatjo (48). El porcentaje de ascenso en esta actitud positiva es de en el 15% en el presente estudio, el porcentaje final alcanzado con respecto a esta pregunta se acerca al de Fatjo que es de 99.6%, con la diferencia que los adolescentes cubanos comenzaron con una frecuencia de respuesta correcta de 93.2% antes de la intervención educativa.

En cuanto a la actitud de alejarse de un amigo(a) que tenga una ITS, se considera como una actitud negativa al grupo intervenido corresponde el 28.5% y para el grupo control el 47.1% antes de la intervención y luego de la intervención desciende a 13.7% en el grupo intervenido y el grupo control fue de 52.4% en este último, el no recibir la intervención tuvo un efecto negativo puesto que sube; Fatjo (48) encontró con respecto a esta variable de actitud que antes de la intervención respondieron que si el 98.3% y después de la intervención descendió a 0%. En el presente estudio se mantuvo un 13.7% de respuestas como correcto ir a la farmacia, pero el efecto de la intervención fue de 14.8% lo hace pensar que puede estar relacionado con el contexto cultural nuestro y la permisividad de las autoridades sobre la venta libre de la mayoría de medicamentos en

las farmacias que se relaciona con la libertad que tienen las personas de acudir directamente a las farmacias a consultar antes de acudir al médico.

Con respecto a la actitud de ayudar a un amigo(a) a curarse el 82.0% del grupo intervenido respondió que sí, antes de la intervención mientras que en el grupo control se encontró un 60.0% que respondió si; luego de la intervención en el grupo intervenido correspondió al 95.8% y 49.1% en el grupo control Fatjó encontró antes de la intervención un 95.3% y después un 100%. El incremento en el presente estudio fue de 13.8% en el grupo intervenido, en el estudio de Fatjo el incremento fue de 4.2% se explica porque previa a la intervención los adolescentes cubanos respondió que si en un 95.3%

En la variable propio de la edad se encontró en el grupo intervenido un 71.4% y en el grupo control un 10.0% antes de la intervención y luego de la intervención se encontró 20.9% para el grupo intervenido y 37.7% para el grupo control Considerando que no es una buena actitud se encontró un descenso considerable en el grupo intervenido, que correspondió al 50.5%. Fatjó (48) encontró una variación de 0.6% antes de la intervención a 1.3% luego de la intervención subió en el 0.7% .

En cuanto a la recomendación de la fidelidad se encontró que 66.6% del grupo intervenido y 68.5% del grupo control tuvo en cuenta esta actitud; la misma que ascendió luego de la intervención educativa en el grupo intervenido a 95.1% y en el grupo control descendió a 63.9%; en el estudio de Fatjó encontró un cambio en relación a esta variable de 96.6% a 100 % antes y después de la intervención respectivamente.

El porcentaje de incremento fue en el presente estudio de 28.5%

En relación al uso de condón se encontró en el estudio que los conscriptos tenían la intención e recomendar el uso del condón antes de la intervención en un 79.3% en el grupo intervenido y en el control correspondió al 62.8% antes de la intervención; posterior a la intervención ascendió a 95.8% en el grupo intervenido y en el control descendió a 57.3%, siendo el porcentaje de incremento de 16.5%, en el estudio de Fatjó encontró un descenso para esta variable de 97.4% a 86.3%. (48)

En cuanto a las prácticas de los conscriptos se encontró que se incrementa la práctica de conversar con la pareja, manteniéndose algunas practicas de riesgo, con una frecuencia similar en ambos grupos; los conscriptos que indican no uso del preservativo en las



relaciones sexuales: refieren vergüenza, aunque descendió en el grupo intervenido la percepción de no saber utilizar el preservativo; en cuanto a tener relaciones sexuales con personas desconocidas no se obtuvo modificación al igual que la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol y otras sustancias. Fatjó no valoró prácticas (48).

La escala de autoeficacia aplicada demostró que el grupo intervenido mejoró la percepción para las subescalas A, B y C de la escala de autoeficacia de prevención del sida con mayor nivel de seguridad para la percepción del uso del preservativo, confianza con los padres y fidelidad; por lo tanto se mostraron más autoeficaces los conscriptos del grupo intervenido que los conscriptos del grupo control luego de la intervención educativa.

## **CAPÍTULO VII**

### **7.1 Conclusiones**

- La intervención educativa elevó los conocimientos y actitudes en los conscriptos del grupo intervenido.
- Se obtuvo mayor intención en el uso del preservativo y en fidelidad sin embargo algunas prácticas negativas o de riesgo no se modificaron.
- Los conscriptos del grupo intervenido mostraron una mejor autoeficacia relacionada con mayor seguridad al aplicar la escala para prevenir el SIDA.
- Con la intervención educativa se observa un incremento sustancial en los conocimientos.
- Las actitudes y las prácticas son más difíciles de modificar, sin embargo, el fortalecimiento de la autoeficacia durante la intervención con ensayos cognitivos es efectivo.
- La mayoría de los conscriptos que se encontraron recibiendo la instrucción militar no han concluido la educación media.

### **7.2 Recomendaciones**

- Es necesario mantener programas de intervención educativa siguiendo modelos teóricos de cambios conductuales.
- Con este estudio se justifica un programa permanente de prevención en los cuarteles militares.

## CAPÍTULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sida y cultura [citado 2007 Oct 04]

Disponible en:

[http://portal0.unesco.org/es/ev.phpURL\\_ID=2932&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201&URL\\_PAGINATION=50.html](http://portal0.unesco.org/es/ev.phpURL_ID=2932&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201&URL_PAGINATION=50.html)

2. Torres Pilar, Walker Dilys M., Gutiérrez Juan Pablo, Bertozzi Stefano M.. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [periódico en la Internet]. 2006 Ago [citado 2007 Oct 04]; 48(4): 308-316.

Disponible en:

[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342006000400005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342006000400005&lng=es&nrm=iso).

3. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006–2015 OMS [citado 2007 Oct 04]

Disponible en:

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/stisstrategy/stis\\_strategy\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/stisstrategy/stis_strategy_es.pdf)

3. Denis Berdasquera Corcho,<sup>1</sup> Ana Teresa Fariñas Reinoso<sup>2</sup> y Isora Ramos Valle<sup>3</sup>

Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Un problema de salud a nivel mundial [citado 2007 Oct 04]

Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n2/mgi13201.pdf>

4. Juan Domingo Silva R. La epidemia VIH/sida: una situación de riesgo emergente para la seguridad, Centro de Estudios Estratégicos – Universidad Arcis año 2 - número 4 - 2do semestre 2002 [citado 2007 Oct 04]

Disponible en:

<http://cee-chile.org/publicaciones/revista/rev04/re04.pdf>

5. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH /sida proyecto de investigación UNESCO/ONUSIDA colección especial de manuales metodológicos, N° 1 División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO, 2003 [citado 2007 Oct 04]

Disponible en

<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125589s.pdf>

6. El estado mundial de la pesca y la acuicultura 2006. VIH y SIDA en las comunidades pesqueras: un problema de salud pública pero también una preocupación en el desarrollo y la ordenación de la pesca.

Disponible en:

<http://www.fao.org/newsroom/common/ecg/1000544/es/Sofia06S.pdf>

7. Movilidad de la población y SIDA ONUSIDA Actualización técnica Abril de 2001

Disponible en:

[http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC513-PopMob-TU\\_es.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC513-PopMob-TU_es.pdf)

8. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Diciembre de 2002

Disponible en :

[www.who.int/hiv/facts/en/epiupdate2002\\_sp.doc](http://www.who.int/hiv/facts/en/epiupdate2002_sp.doc) -

9. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA: Resumen de orientación. Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006\\_GR-xecutive Summary\\_es.p](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-xecutive Summary_es.p)

10. Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Fondo de Población de las Naciones Unidas Segundo período ordinario de sesiones de 2001 Nueva York, 10 a 14 de septiembre de 2001 Tema 7 del programa provisional FNUAP

Disponible en:

[www.unfpa.org/exbrd/2001/secondsession/dpfpmng3\\_spa.Doc](http://www.unfpa.org/exbrd/2001/secondsession/dpfpmng3_spa.Doc)

11. ¿Modifica la anticoncepción hormonal el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual?

Disponible en:

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/pbrief\\_hc\\_stiacquisition\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/pbrief_hc_stiacquisition_es.pdf)

12. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections overview and estimates.

Disponible en:

[http://www.who.int/hiv/pub/sti/who\\_hiv\\_aids\\_2001.02.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf)

13. Herman P. Schaalma et al. Educación sobre el VIH para los jóvenes Perspectivas, vol. XXXII, nº 2, junio 2002

Disponible en:

<http://www.ibe.unesco.org/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122ssch.pdf>

14. Guías didácticas sobre ODM y salud.

Disponible en:

<http://www.busdelmilenio.org/mateducativos/saludmadres.pdf>

15 González-Garza Carlos, Rojas-Martínez Rosalba, Hernández-Serrato María I, Olaiz-Fernández Gustavo. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad: resultados de la ENSA 2000. Salud pública Méx. [periódico en la Internet]. 2005 Jun [citado 2007 Oct 09]; 47(3): 209-218.

Disponible en:

[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342005000300004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342005000300004&lng=es&nrm=iso).

16. Gayet Cecilia, Juárez Fátima, Pedrosa Laura A., Magis Carlos. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud pública Méx. [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 09].

Disponible en: [http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003001100008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100008&lng=es&nrm=iso).

17. Teodoro Barros, Dimitri Barreto, Freddy Pérez, Rocío Santander, Eduardo Yépez, Fernando Abad-Franch, Marcelo Aguilar V. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes.

Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892001000800003](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000800003)

18. Jóvenes, sexualidad y VIH/SIDA en Uruguay.

Disponible en:

[http://www.unesco.org.uy/educacion/UNESCO\\_Agosto\\_2004.pdf](http://www.unesco.org.uy/educacion/UNESCO_Agosto_2004.pdf)

19. Estado de la población mundial 2005. La travesía sin mapas: adolescentes, pobreza y género.

Disponible en:

<http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch5/index.htm>

20. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2004.

Disponible en:

[http://unaids.org/bangkok2004/GAR2004\\_html\\_sp/GAR2004\\_07\\_sp.htm](http://unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_07_sp.htm)

21. Arie Hoekman, conferencia de prensa 2006.

Disponible en:

<http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2006/diamundialpoblacion/AHdiscurso11.pdf>

22. Macchi, MI, Benitez Leite, S, Corvalan, A et al. Knowledge, Attitudes, and Behavior Related to HIV/AIDS in High-School Aged Youth in the Metropolitan Area of Asuncion, Paraguay. *Pediatr. (Asunción)*. [online]. Dec. 2006, vol.33, no.2 [cited 10 October 2007], p.98-107. Available from World Wide Web: <[http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168398032006000200002&lng=en&nrm=iso](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168398032006000200002&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1683-9803.

23. Foros Universia: comunidades para aprendizaje.

Disponible en:

<http://foros.universia.edu.ve/comunidades-de-aprendizaje-t19032.html>

24. Las creencias de autoeficacia docente del profesorado universitario. Leonor Prieto Navarro (2005).

Disponible en:

<http://www.emory.edu>

25. Albert Bandura: Voluntad científica.

Disponible en:

<http://www.des.emory.edu/>

26. Teorías conductistas

Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos4/teorias/teorias.shtml>

27. Barrera F. relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica.

Disponible en:

[http://res.uniandes.edu.co/res\\_21/doss2.htm](http://res.uniandes.edu.co/res_21/doss2.htm)

28. Tarú radionovela. Red de la iniciativa de la comunicación.

Disponible en:

<http://www.comminit.com/es/node/31800>

29. Estrategia de comunicación “mejor hablemos” para la promoción de la convivencia pacífica instituto Cisolva.

Disponible en:

[http://www.prevencionviolencia.org.co/intervencion/experiencias/valle\\_del\\_cauca/cali/archivos/mejor\\_hablemos.pdf](http://www.prevencionviolencia.org.co/intervencion/experiencias/valle_del_cauca/cali/archivos/mejor_hablemos.pdf)

30. Soto Chávez Carlos A. González Neri Ysauro Ávila Muñoz Patricia La importancia de explorar variables psicológicas de estudiantes en la educación a distancia.

Disponible en:

[http://investigacion.ilce.edu.mx/panel\\_control/doc/la\\_importancia\\_de%20explorar\\_variables\\_psicologicas.pdf](http://investigacion.ilce.edu.mx/panel_control/doc/la_importancia_de%20explorar_variables_psicologicas.pdf)

31. Olaz, F. La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. 2001

Disponible en:

<http://www.des.emory.edu>

32. Albert Bandura guía para la construcción de escalas de autoeficacia (Traducido por Olaz, F. Silva, M. Pérez, E.) 2001

Disponible en:

<http://www.des.emory.edu/mfp/effguideSpanish.html>

33. Fernández Costa Susana, Juárez Martínez Olga, Díez David Elia. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Publica. [periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007 Oct 14] ; 73(6).

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557271999000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271999000600004&lng=es&nrm=iso).

34. Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones O. Juárez / E. Díez Gaceta Sanitaria Lunes 1 Marzo 1999 Volumen 13 - Número 2 p. 150 - 162

Disponible en:

[db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice\\_seccion?pidet\\_seccion=10011109&ano=1999-26k](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice_seccion?pidet_seccion=10011109&ano=1999-26k) –

35. Resumen de la consulta Talloires en revisión de la evidencia para ayudar a políticas y programas en el logro de las metas internacionales en el tema de jóvenes y VIH Preparándose... Listas... ¡YA! 2005.

Disponible en:

<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-preparandose.pdf>

36. Necchi, Silvia, S. Marta. Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción (Argentina). Rev. chil. pediatr. [online]. mar. 2001, vol.72, no.2 [citado 22 Octubre 2007], p.159-168.

Disponible en la World Wide Web:

<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S037041062001000200015&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062001000200015&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0370-4106.

37. Primera relación sexual en adolescentes cubanos / José Ramón Cutié S. y cols. rev chil obstet ginecol 2005; 70(2): 83-86.

Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n2/art04.pdf>

38. Caballero Hoyos Ramiro, Villaseñor Sierra Alberto. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. Rev. Saúde Pública [periódico en la Internet]. 2001 Dic [citado 2007 Oct 21] ; 35(6): 531-538.

Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext)

39. Lina María Vera, Nahyr López, Luis Carlos Orozco, Patricia Caicedo. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes.

Disponible en:

<http://www.universia.net.co/vih-sida/view-document/documento-241.html>

40. Dr. Fátima Juárez Dr. Taís de Freitas Santos

El comportamiento sexual riesgoso entre los adolescentes varones de áreas de bajo-ingreso en Recife, Brasil.

Disponible en:



[http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_alap/PDF/ALAP2004\\_367.PDF](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/ALAP2004_367.PDF)

41. Miguel, C. Montoya, M. Echavarría, J. Conductas de riesgo en jóvenes que tienen contacto sexual con viajeros en la ciudad de Cuzco-Perú *Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Pública*, Abril-Junio vol 19 002 pp83-86.

Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/363/36319206.p>

42. Infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH/SIDA) 2005.

Disponible en:

[http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/provincia/pdf/guayas/GUAYAS16.pdf](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/provincia/pdf/guayas/GUAYAS16.pdf)

43. Pérez Assef, Jorge JE Brunely Morales, Maikel. Intervención educativa sobre ETS en un grupo poblacional de riesgo.

*Rev Cubana Med Gen Integr.* [online]. maio-jun. 2000, vol.16, no.3 [citado 23 Outubre 2007], p.260-264. Disponível na World Wide Web:

<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252000000300008&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000300008&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.

44. Fernando G. González González Universidad Católica de Colombia.

Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca. Una aproximación al paradigma dominante. *Acta colombiana de psicología* 12, 59-68, 04.

Disponible en:

<http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/n12/articulosrevista/art%205%20acta%2012.pdf>

45. Conocimientos, actitudes y practicas sobre ITS / VIH SIDA.

Disponible en:

[http://www.cepep.org.py/endssr2004/informe\\_final/conocimientoitsvihsida.htm](http://www.cepep.org.py/endssr2004/informe_final/conocimientoitsvihsida.htm)

46. GARCIA HERNANDEZ, Tania, RODRIGUEZ FERRA, Reinaldo y CASTANO HERNANDEZ, Santos. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos sobre el sida en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [online]. sept.-oct. 2000, vol.16, no.5 [citado 14 Noviembre 2007], p.474-479. Disponible en la World Wide Web:

<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252000000500009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000500009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.

47. FUNDASIDA Conocimientos actitudes y practicas sexuales entre los adolescentes escolares de el salvador y su relación con las ITS-VIH/SIDA el salvador agosto del 2000

Disponible en:

<http://www.pasca.org/docs/fundasida.pdf>

48. Fatjo A, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en una cohorte de adolescentes. 2002

Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext)

49. Freire, E. Orellana, I. Álvarez, M. Cañar, H. Conocimientos, actitudes y prácticas en una cohorte de adolescentes del Colegio Manuel J. Calle de la ciudad de Cuenca. 2006 en prensa.

## CAPÍTULO IX

### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Itzel Rosas Gutiérrez. Martín Serrano Sánchez. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México.

Disponible en:

[http://www.infarmate.org/pdfs/julio\\_agosto07/ets.pdf](http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf)

2. CORTES ALFARO, Alba, SORDO RIVERA, María E., CUMBA ABREU, Caridad et al. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de Ciudad de la Habana, 1995-1996. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Jan.-Apr. 2000, vol.38, no.1 [cited 27 September 2007], p.53-59.

Available from World Wide Web:

<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156130032000000100008&lng=en&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032000000100008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1561-3003.

3. TORRES, Pilar, WALKER, Dilys M., GUTIERREZ, Juan Pablo et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316.

Disponible en:

<[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-)

4. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.2001

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt\\_stis/guidelines\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf)

5. VISCONTI, ANA. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL. Arch. Gin. Obstet. [online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107.

Disponible en la World Wide Web:

<[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso)>. ISSN

6. Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual. 2000

Disponible en:

<http://www.medicosgeneralescolombianos.com/ETS.htm>

7. Nelson Alvis, Salim Mattar, Jair García, Edwin Conde y Alberto Díaz Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 9 (1), Marzo 2007.

Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a10.pdf>

8. Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA. Características generales.

<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=200406281>

9. ITSs síntomas y consecuencias

Disponible en:

<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707>

10. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual.

Disponible en:

<http://www.ops.org.bo/isi/12604.pdf>

11. Integración de servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los programas de planificación familiar (PF)

Disponible en:

<http://www.maqweb.org/spanish/present/its.pdf>

12. Blanca Bernal Alcántara, Griselda Hernández Tepichín, CONASIDA. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. **Revista SIDA-ETS**. Agosto-octubre, 1997 Vol.3, No.3 PP. 63-67 .

Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/conasida/revista/1997>

13. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa .2006.

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>

14. FHI. Preservación de la fertilidad. Network **2004, Volumen 23, Número 2**

Disponible en:

[http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23\\_2/index.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm)

15. BERDASQUERA CORCHO, Denis, LAZO ALVAREZ, Miguel Ángel, GALINDO SANTANA, Belkys María et al. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Mayo-ago. 2004, vol.42, no.2 [citado 01 Octubre 2007], p.0-0.

Disponible en la World Wide Web:  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso)>.ISSN 1561-3003.

16. BERDASQUERA CORCHO, Denis, FARINAS REINOSO, Ana Teresa y RAMOS VALLE, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 [citado 01 Octubre 2007], p.532-539.

Disponible en la World Wide Web:  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.

17. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino.

Disponible en:

<http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>

18. Allen Betania, Cruz-Valdez Aurelio, Rivera-Rivera Leonor, Castro Roberto, Arana-García María Ernestina, Hernández-Avila Mauricio. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso). doi: 10.1590/S0036-36342003001100004

19. Negroni-Belén Mirka, Vargas-Guadarrama Galileo, Rueda-Neria Celina Magally, Bassett-Hileman Sarah, Weir Sharon, Bronfman Mario. Identificación de sitios de

encuentro de parejas sexuales en dos ciudades de la frontera sur de México, mediante el método PLACE. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003001100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100010&lng=es&nrm=iso). doi: 10.1590/S0036-36342003001100010

20. Francisco Diez Canseco Montero, Aydeé Carrasco Contreras, Rosa María Cueto Saldívar. Línea de base para el proyecto de salud sexual y reproductiva con adolescentes afectados por la violencia. Ayacucho, Perú Septiembre, 2000.

Disponible en:

<http://www.saludsinlimitesperu.org.pe/pdf/InformeLineaBaseProyectoS.pdf>

21. ONUSIDA Punto de vista: El SIDA y el personal militar. Colección prácticas óptimas del ONUSIDA. Mayo de 1998

Disponible en:

[http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_es.pdf)

22. Boys in the picture. 2000

<http://www.promundo.org.br/BoysinthePicture.pdf>

23. SIDA y militares, derechos y justicia. World security Trenches. Febrero 2007.

Disponible en:

<http://worldtrends.blogspot.com/2007/02/sida-y-militares-derechos-y-justicia.html>

24. Contreras Zaravia, Norma Roxana, Delgado Camacho, Arturo Uldarico, Iizarbe Castro, Víctor Oswaldo, Vábar Peña, Juan Carlos Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril - Agosto 97, Año V N° 10.

Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997\\_n10/sida.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm)

25. Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993 Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada

Disponible en:

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>

26. Patricia Noboa Ortega, Irma Serrano-garcía. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 1, 21-43

Disponible en:

<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rlp/v38n1/v38n1a02.pdf>

27. Fernández Costa Susana, Juárez Martínez Olga, Díez David Elia. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Publica. [periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007 Nov 06] ; 73(6): . Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso).

28. José L. Rodríguez, Begona Gros, Cristina Martínez, María José Rubio. Un software multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes. 1999.

Disponible en:

<http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>

## CAPÍTULO X

### ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD  
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

**DE LOS CONSCRIPTOS DE LOS FUERTES DÁVALOS Y PORTETE DE LA CIUDAD DE  
CUENCA FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**

Cuenca, 2007

Estoy entrevistando en la ciudad de Cuenca para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Le pido que conteste a las preguntas con toda sinceridad.

Confidencialidad: Las preguntas son completamente confidenciales, su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender sobre lo que las personas conocen, piensan y los diferentes tipos de comportamientos.

#### SECCIÓN I

**01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

**Fuente:** ----- **Fecha** día  mes  año

	<b>Preintervención</b> <input type="checkbox"/>	<b>Posintervención</b> <input type="checkbox"/>
<b>RESULTADO</b>		

Número	Preguntas	Categorías de codificación
<b>SECCIÓN II</b>		
P01	¿En que día, mes y en que año nació?	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	Edad en años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/>
P03	¿Asistió a la escuela?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P04	¿Completó la primaria?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



P05	¿Completó la secundaria?	1 Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/>
P06	¿En donde vivía antes de ingresar al cuartel?	Provincia ----- Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
<b>SECCIÓN III</b>		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sifilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales----- -----
P08	¿Usted sabe como se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales_____
P09	¿Usted sabe como se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de

		Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1. Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales _____ _____
P10	Son curables estas infecciones?	Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales _____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de el o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigo para no infectarse con una ITS?	Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16		

	¿A que edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	Personas del mismo sexo    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de habito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

## SECCIÓN V I: ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a  
Encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
<b>A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales ?</b>					
<b>1. Alguien conocido hace 30 días o menos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
<b>9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
<b>10. Alguien con quien has estado utilizando drogas</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
<b>B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de</b>					
<b>1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
<b>C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....</b>					
<b>1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>2. Usar correctamente el condón</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>8. Acudir a la tienda a comprar condones?</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
<b>9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
<b>10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
<b>12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

**Clave de calificación:**

**Conocimientos**

Pregunta 07 (puntuación final para la pregunta entre 11 y 0)

Conocimiento de las ITSs

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos

Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Trichomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

**Actitudes**

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos

Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto

Pregunta 12. Puntuación final por pregunta de 10 y menos 6

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

### **Prácticas**

Pregunta 15

No se evalúa.

Pregunta 16

No se evalúa

Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales



Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

No: 0 puntos puntuación final entre 10 puntos y cero puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN  
EL ESTUDIO DE EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS,  
ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS CONSCRIPTOS SOBRE LAS  
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Cuenca-----

Sr.

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), la misma que es importante para poder conocer lo que saben los jóvenes sobre estas infecciones y así poder prevenirlas para proteger a la comunidad. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

El estudio consiste en asistir a reuniones y conferencias en número de cinco con una duración de una hora cada una y contestar un cuestionario por dos ocasiones. La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por la investigadora.

---

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Asistir a las conferencias y reuniones que en total serán cinco con una duración de una hora cada una. Además contestaré dos cuestionarios de preguntas.

---

Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Conocer qué saben los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual
- Mejorar las estrategias educativas en prevención de las infecciones de transmisión sexual
- Facilitarme los conocimientos.

---

Nombre y firma del entrevistado

---

Nombre y firma del investigado